



# AUTORISATION PARENTALE DE SUIVI DE FORMATION POUR STAGIAIRE MINEUR

Je soussignée Madame, Monsieur, Mademoiselle\*

.....  
Adresse : .....

.....  
Téléphone : ..... /..... /..... /..... /.....

Mail : .....@.....

Agissant en qualité de Père – Mère - Représentant Légal\*

Autorise Monsieur, Madame, Mademoiselle\*

.....  
Né(e) le ..... /..... /..... à ..... Dépt. ....

À suivre la formation .....

qui se déroulera le : ..... /..... /.....

Fait à : ..... Le : .....

**Signature du Père, de la Mère ou du Représentant Légal\***

*\*Rayer les mentions inutiles*