



# 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