

NORMANDIE



AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse).....

.....

Numéro de téléphone en cas d'urgences/...../...../...../.....

Responsable légal du stagiaire, déclare autoriser (nom-prénom et date de naissance)

.....

A participer à la Formation CFGA du au

Fait à le

Signature

