

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE POUR LES MINEURS

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

Téléphone :

En tant que représentant(e) légal(e) de :

Nom :

Prénom :

Autorise : mon fils ma fille autre :.....
(rayer la mention inutile)

à participer à la formation IPS organisée par la Croix-Rouge d'Ivry-sur Seine.

à rentrer seul(e) à la fin de la formation

à NE PAS rentrer seul(e) à la fin de la formation

Fait à, le

Signature du représentant légal