

AUTORISATION PARENTALE

À RENSEIGNER UNIQUEMENT SI LE STAGIAIRE EST MINEUR

Je soussigné(e),(Nom, Prénom)
agissant en qualité de(père, mère, tuteur)
et dûment habilité(e) aux fins des présentes, autorise le/la
mineur(e)(Nom, Prénom du
stagiaire) à participer à la session de formation organisée
par l'Odel
duau

À ce titre, je l'autorise :

- à participer aux activités de la session
- à utiliser à sa guise les moments de repos
- à se rendre quotidiennement par ses propres moyens, sur le lieu de stage si la session est organisée en 1/2 pension ou externat.

J'autorise le/la Directeur/trice de la session à faire soigner le/ la mineur(e).

J'autorise les interventions chirurgicales rendues nécessaires par son état de santé.

À Le
Signature (précédée de la mention «lu et approuvé»)

Coordonnées téléphoniques des responsables légaux
du stagiaire mineur durant sa période de formation

Nom Tél

Nom Tél