

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.....

A suivre la formation « VIOLENCES SEXUELLES : Connaître les infractions, les prévenir et savoir agir – recueillir la parole »

qui se déroulera à TSF – 180 Boulevard de Charavines – 38500 VOIRON :

Mardi 18/05/2021

Vendredi 28/05/2021

Mardi 08/06/2021

Fait à le

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

**Rayer les mentions inutiles*

MAJ : 10/03/2021