

Je soussigné(e), Madame, Monsieur *

.....

Père, Mère, Tuteur légal de l'enfant *(Nom, Prénom)

.....

.....

Date de naissance de l'enfant..... / /

Adresse :

Téléphone (domicile, portable)

...../.....

Autorise mon enfant à participer à la formation dispensée par AJ PREVENTION :

- Intitulé de la formation :

- Date de la formation : / /

- Lieu de la formation :

Déclare avoir lu et accepté le règlement intérieur concernant nos formations en annexe du présent document.

En cas d'urgence pendant le stage, j'autorise / je n'autorise pas* qu'il (ou elle) subisse toute intervention ou tous soins médicaux qui apparaîtraient nécessaires.

Je m'engage à rembourser AJ PREVENTION les frais médicaux qui seront avancés pour le compte de mon enfant.

*** rayer les mentions inutiles**

Fait à :

Le /..... /.....

Signature :