



100 rue de la Gare – CS 40019 – 79185 CHAURAY Cedex
☎ 05.49.08.18.17 - courriel audrey.khoubid@sdis79.fr

AUTORISATION PARENTALE FORMATION PSC DE MINEUR

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (*Prénom, NOM*)

.....

Demeurant

.....

Autorise mon enfant (*Prénom, NOM*)

.....

Né(e) le

Dont je suis la mère / le père / le tuteur légal (*rayez les mentions inutiles*)

A participer à la formation PSC qui se déroulera le à de
.....h..... àh.....

Si nécessaire, je demeure joignable : Tél. mobile :

Fait à, le

Signature du représentant légal