



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

---

## AUTORISATION PARENTALE FORMATION PSC 1 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 1 qui se déroulera le ..... à ..... de  
.....h..... à .....h.....

Si nécessaire, je demeure joignable : Tél. mobile : .....

Fait à ....., le .....

Signature du représentant légal