

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Mr/Mme,

Nom :

Prénom :

Lien parentale :

Téléphone :

Autorise (mon fils/ma fille)

Nom:

Prénom :

Date de naissance :

A participer à la formation de CQP D'AMV.

Fait à

Le

Signature :



PARTENAIRE
OFFICIEL



PARTENAIRE
FÉDÉRAL