# AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Mr/Mme,

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Lien parental :

Autorise mon enfant

Nom Prénom :

Date de naissance :

A participer à la formation de CQP d'Initiateur Voile.

Fait le à

Signature

BANQUE POPULAIRE
PARTENAIRE MAJEUR

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE VOILE
17, rue Henri Bocquillon 75015 Paris
Tél : 01 40 60 37 00 - www.ffvoile.fr