

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e),

M. Mme

Nom : **Prénom :**

Date de naissance :

Adresse :

CP : **Ville :**

Autorise mon fils/ma fille

Nom : **Prénom :**

Date de naissance :

à suivre la formation du « PERMIS AM » complète
(Aire fermée et circulation sur 8 heures)

Le :/...../..... **et le :**/...../.....

au sein de CAMPUS situé 125 Rue de la Délivrande 14000 CAEN

Fait le :/...../..... , à

Signature du représentant légal