



AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussigné(e),

☐ M. ☐ Mme

NOM et prénom :

Né (e) le : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| à :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville :

autorise : ☐ mon fils / ☐ ma fille

NOM et prénom :

Né (e) le : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| à :

Adresse :

à suivre la formation

☐ **Permis AM option 2 roues**

le et le

☐ **Permis AM option Quadricycle**

le , le et le

Au sein de CAMPUS FORMATION
21 Rue des Frères Lumière 14120 MONDEVILLE



Fait le : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| à :



Signature du
représentant légal