

## AUTORISATION PARENTALE – FORMATION PERMIS AM/BSR

Je soussigné(e) : Mme            M

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Père            Mère            Tuteur et à ce titre représentant légal

- Certifie avoir été informé par l'établissement de formation ci-dessous désigné
  - des conditions d'évaluation qui précèdent la phase d'apprentissage en circulation,
  - des conditions d'apprentissage en circulation avec un cyclomoteur ou avec un quadricycle léger,
  - des garanties d'assurance couvrant les dommages liés à cette formation.

- Autorise (nom d'usage) :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ à suivre cet

apprentissage sous la responsabilité de l'enseignant.

- Autorise, en cas d'urgence, toute intervention médicale ou chirurgicale :

OUI            NON

En cas d'accident, la personne à contacter est :

Nom et prénom : .....

Tél. ....

Signature du responsable légal

Signature de l'enfant mineur