

AUTORISATION PARENTALE

Formation à la conduite

Je soussigné

Mme ☐ M ☐

Né(e) le : à :

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur et à ce titre représentant légal

Autorise

Nom..... Prénom.....Né(e) le.....

A suivre la formation : ☐ AM (BSR) ☐ AAC (conduite accompagnée) ☐ B

Certifie avoir été informé :

- Des conditions d'évaluation qui précèdent la phase d'apprentissage en circulation,
- Des conditions d'apprentissage en circulation,
- Des garanties d'assurance couvrant les dommages liés à cette formation.

Autorise, en cas d'urgence, l'établissement de formation à prendre toutes les mesures utiles pour une opération chirurgicale d'urgence ou une hospitalisation : ☐ OUI ☐ NON

En cas d'accident, la ou les personnes à contacter sont :

(Il est précisé qu'en cas d'urgence médicale, l'établissement de formation alertera en priorité le SAMU avant d'informer la ou les personnes susmentionnées).

Nom et Prénom : Tél :

Nom et Prénom : Tél :

Fait à : Le :

Cachet de l'établissement de formation et signature

Signature du représentant légal :

Signature du stagiaire :