

Autorisation parentale permis à AM/ BSR

Je soussigné(e),

Père

Mère

Tuteur et à ce titre Représentant légal

Autorise :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

- A suivre la formation AM/BSR dispensée par l'établissement de formation
 - Certifie avoir été informé par l'établissement ci-dessous désigné
 1. des conditions d'évaluation qui précèdent la phase d'apprentissage en circulation.
 2. des conditions d'apprentissage en circulation avec un quadricycle léger.
 3. 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 :

Nom :

Téléphone

Nom :

Téléphone

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

Fait à Arcachon, le

Signature du représentant légal

Signature de l'élève