

AUTORISATION DU. DE LA REPRÉSENTANT.E LÉGAL.E ENFANT MINEUR.E
ACCOMPAGNEMENT A LA SÉLECTION POUR L'ENTRÉE EN FORMATION
D'AIDE-SOIGNANT 2023

Document à nous retourner avec votre dossier d'inscription
UNIQUEMENT pour les candidat.e.s mineur.e.s.

Je soussigné.e : Madame Monsieur _____

Demeurant :

Téléphone : _____ Mail : _____

et agissant en qualité de représentant.e légal.e, autorise

mon fils ma fille

Nom _____ Prénoms _____

qui demeure à la même adresse, ou demeurant :

à participer à l'accompagnement à la sélection d'entrée en formation d'aide-soignant pour
2023 à l'Institut de Formation Paramédicales situé : **Centre Hospitalier de Digne – Quartier
St Christophe – CS 60213 – 04995 DIGNE LES BAINS CEDEX 9**

Je certifie avoir l'autorité parentale sur ce.tte mineur.e.

Date et signature :