

# Autorisation parentale

<b>Stagiaire</b>	
<b>Nom</b> _____	<b>Prénom</b> _____

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,

.....  
demeurant

.....  
représentant(e) légal(e) de

.....  
autorise la directrice du CREPS Rhône-Alpes Vallon-Pont-d'Arc · Voiron · Lyon, ou son représentant, ainsi que le coordonnateur de la formation dans laquelle il est inscrit (ou encore les personnes désignées par ces instances), à transporter notre enfant sur les différents lieux de formation.

En cas d'impossibilité de l'une de ces personnes, j'autorise mon enfant à prendre les transports en commun pour se rendre en cours, en sortie extérieure ou autre.

De plus,

**Je, soussigné, autorise le transfert de mon enfant dans un service de soins par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie.**

Par ailleurs, je soussigné, autorise mon enfant à :

- Pratiquer des activités sportives en dehors des temps de formation, de manière individuelle ou accompagné par d'autres stagiaires de l'établissement, sur les équipements mis à disposition par le CREPS pour ses stagiaires,
- Quitter l'enceinte de l'établissement, seul ou avec d'autres stagiaires, en dehors des heures de formation.

Enfin, le soussigné déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du CREPS Rhône-Alpes et s'engage à le respecter.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal

Je soussigné(e) : .....

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Pays : .....

Téléphone : .....

En tant que représentant(e) légal(e) de :

Nom : .....

Prénom : .....

Autorise : mon fils ma fille autre : .....  
(*raier la mention inutile*)

à participer à la formation (*intitulé de la formation*) : .....

organisée par le CREPS Auvergne-Rhône-Alpes .

Fait à ....., le .....

Signature du représentant légal