



N° CFD : **56.15.19**  
Association : **B2S**  
Département : **Morbihan (56)**

FORMATION :

Date de la formation :

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Madame     Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ à (ville + département) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Mail : .....

Informations complémentaires que vous souhaiteriez communiquer (problèmes de santé - traitements - allergies...)

.....

### PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom – Prénom : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

@.....

### Autorisation Parentale

Je soussigné (e) M. MME ..... Agissant en tant que représentant légal de  
..... L'autorise à suivre la formation PSC1 le .....

Fait pour faire valoir ce que de droit.

Fait à ....., Le .....

Signature