



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

FORMATION : Formation Continue PSE1 Dates 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

M..... l'autorise à suivre la formation continue PSE1 du

au

Fait pour faire valoir ce que de droit.

Fait à, Le

Signature