CENTRE HOSPITALIER
PRINCESSE GRACE
INSTITUTS DE FORMATION IFSI - IFAS

# AUTORISATION PARENTALE
# DONNÉE A UN MINEUR POUR QUITTER L'IFAS
## En cas d'annulation d'un cours

*Document à compléter et à signer par le représentant légal*
*(père, mère, tuteur)*

*Je soussigné(e), nom …… prénom……*

*Né(e) le …….. à ……*

*Demeurant (adresse précise et complète) ……*

*……*

*……..*

*Numéro de téléphone …….*

*En ma qualité de représentant légal, autorise l'enfant mineur*

*Nom ……*

*Prénom ……*

*Né(e) le ……..*

*À ……..*

*à quitter seul l'IFAS dans le cas où un cours venait à être annulé et non remplacé.*

*Fait à ……*

*Le ……*

*« lu et approuvé , qualité du représentant légal »*

*Signature :*

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Centre Hospitalier Princesse Grace
avenue Pasteur – 98000 MONACO
Téléphone : 00. 377. 97. 98. 98. 60 – Fax : 00 377 97 98 98 68
Courriel : ifsimc@chpg.mc