CENTRE HOSPITALIER
PRINCESSE GRACE
INSTITUTS DE FORMATION IFSI - IFAS

AUTORISATION PARENTALE
DONNÉE A UN ÉTUDIANT MINEUR POUR REALISER
LES STAGES DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS

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 réaliser les stages prévus par le programme de formation en soins infirmiers.

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