

**AUTORISATION D'EFFECTUER LE STAGE DU SEMESTRE 1  
DE LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS  
POUR UN ETUDIANT MINEUR**

Je soussigné(e),

Nom du représentant légal du mineur : .....

Prénom : .....

Adresse postale : .....

.....

Téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

**Autorise**

**N'autorise pas**

à effectuer le stage du semestre 1 de la formation en soins infirmiers :

Mon fils

Ma fille

Ma pupille

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Date et signature du représentant légal :