

**AUTORISATION DU/DE LA REPRÉSENTANT.E LÉGAL.E ENFANT MINEUR.E**  
**SÉLECTION POUR L'ENTRÉE EN FORMATION**  
**D'AIDE-SOIGNANT**

Document à nous retourner avec votre dossier d'inscription  
UNIQUEMENT pour les candidat.e.s mineur.e.s.

Je soussigné(e): ☐ Madame ☐ Monsieur .....

Demeurant :

.....  
.....  
.....

et agissant en qualité de représentant.e légal.e, autorise

☐ mon fils ☐ ma fille

Nom ..... Prénoms.....

qui demeure à la même adresse, ou demeurant :

.....  
.....  
.....

à participer aux épreuves de sélection pour l'entrée en formation d'aide-soignant pour la  
**rentrée de janvier 2026** à l'Institut de Formation Paramédicales situé

**118, route de Grenoble – 05107 BRIANÇON Cedex**

Je certifie avoir l'autorité parentale sur ce.tte mineur.e.

Date et signature :