

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 2027 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 :