

**AUTORISATION D'EFFECTUER LE STAGE DU SEMESTRE 2  
DE LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS POUR UN ETUDIANT MINEUR**

Je soussigné(e),

**Nom du représentant légal n°1 du mineur :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse postale : .....

Téléphone domicile : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Téléphone portable : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Téléphone professionnel : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Adresse mail : .....

**Nom du représentant légal n°2 du mineur :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse postale : .....

Téléphone domicile : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Téléphone portable : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Téléphone professionnel : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Adresse mail : .....

**Autorise**

**N'autorise pas**

À effectuer le stage du semestre 2 de la formation en soins infirmiers :

Mon fils

Ma fille

Ma pupille

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

**Date et signature du ou des représentants légaux :**