

AUTORISATION PARENTALE D'ENTREE EN FORMATION AU CQPMA

*Exigée pour tout(e) candidat(e) mineur(e) souhaitant entrer en formation au
Certificat de Qualification Professionnelle de Moniteur d'Aviron*

Je soussigné(e) Mr/Mme,

Nom :

Prénom :

Lien avec la personne mineure (père, mère, tuteur, tutrice, etc) :

Autorise :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

A participer à la formation au CQP Moniteur d'Aviron, portée par la Fédération Française d'Aviron :

- **Dates prévues de la formation :**

Du :

Au :

Lieu :

Fait à _____, le _____ / _____ / 20_____

Signature