

# AUTORISATION PARENTALE BSR / PERMIS AM



Je soussigné(e) :

Mme  ou M  .....

Père  Mère  Tuteur et à ce titre représentant légal ,

• Autorise :

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....  
à suivre la formation BSR/AM dispensée par l'établissement de formation.

• Certifie avoir été informé par l'établissement de formation ci-dessous désigné :

- des conditions d'évaluation qui précèdent la phase d'apprentissage en circulation,
- des conditions d'apprentissage en circulation avec un cyclomoteur ou avec un quadricycle léger,
- des garanties d'assurance couvrant les dommages liés à cette formation.

• Autorise, en cas d'urgence, l'établissement de formation à prendre toutes mesures utiles pour une opération chirurgicale d'urgence ou une hospitalisation : OUI  NON

En cas d'accident, la ou les personnes à contacter sont :

*(Il est précisé qu'en cas d'urgence médicale, l'établissement de formation alertera en priorité le SAMU avant d'informer la ou les personnes susmentionnées).*

Nom et prénom : ..... Tél. ....

Nom et prénom : ..... Tél. ....

Fait à : ..... le .....

Cachet de l'établissement  
de formation et signature

**AUTO-ECOLE CROISSONNIER**  
26, avenue des Chasseurs Alpins  
73200 ALBERTVILLE - Tél. 04 79 32 14 05  
Agrément n° E 0607304510  
SIRET 492 432 430 00014

Signature du représentant légal :

Signature de l'élève :