

SARL AUTO – ÉCOLE ATLANTIC

16 Quai Est du Port
85400 LUÇON
☎ 09.50.91.06.61

✉ atlantic85400@gmail.com
N° SIRET : 839 797 586 000 30
N° Agrément : E 23 085 000 70

AUTORISATION PARENTALE

1. REPRÉSENTANT LÉGAL :

Je soussigné(e) : Mr / Mme (rayer la mention inutile)

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

à : _____

De nationalité : _____

Téléphone : _____

Domicilié(e) : _____

Code Postal : . _____

Ville : _____

Représentant légal de l'élève stagiaire ci-dessous :

2. STAGIAIRE :

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

à : _____

De nationalité : _____

Téléphone : _____

Domicilié(e) : _____

Code Postal : . _____

Ville : _____

TITULAIRE DE L'ATTESTATION DE SÉCURITÉ ROUTIÈRE :

ASSR 1

ASSR 2

ASR

Obtenue en : _____

Autorise le stagiaire à participer à La Formation Théorique et Pratique du Permis AM,

3. DROIT A L'IMAGE :

Autorise la diffusion et l'utilisation des photos et vidéos du stagiaire prises durant la session de formation pour les publications de l'Auto-école Atlantic.

4. EN CAS D'ACCIDENT :

J'autorise le formateur à prendre toutes les initiatives pour que le stagiaire soit pris en charge par les services médicaux et chirurgicaux et à me prévenir immédiatement.

5. MANDAT :

J'autorise l'Auto-École ATLANTIC à prendre en charge l'enregistrement intégral de l'inscription du stagiaire et la demande de fabrication du permis de conduire via ANTS.

Fait à Luçon, le : ____ / ____ / _____

Signature du
Représentant Légal

Signature du Gérant

Signature du
Stagiaire