

# 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