

AUTORISATION PARENTALE

— ♥ —
S T U D I O C C

CLIENT MINEUR ENTRE 16 ET 18 ANS

JE SOUSSIGNÉ(E),

Nom / Prénom du représentant légal :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :



AUTORISE

Nom / Prénom du mineur :

Date de naissance :

À réaliser une prestation auprès de **Studio CC**.

Je certifie être le représentant légal du mineur mentionné ci-dessus
et autorise la réalisation de la prestation en toute connaissance de cause.

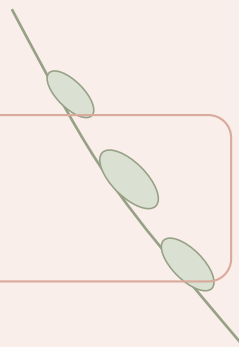


INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Date du rendez-vous :

Signature du représentant légal :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »



PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

- Copie de la pièce d'identité du représentant légal
- Pièce d'identité du mineur (si demandée)