



Agent Saisonnier – Dispositif Argent de Poche

Autorisation parentale

Je soussigné(e)

NOM : Prénom :

Qualité : Père / Mère / Responsable légal

Adresse :

Mail :

Numéro de téléphone :

NOM : Prénom :

Qualité : Père / Mère / Responsable légal

Adresse :

Mail :

Numéro de téléphone :

AUTORISE mon fils / ma fille :

Né(e) le : à :

à participer au dispositif « Argent de Poche » sur la commune de Landunvez
du.....au.....

Fait à Landunvez

Le

Signature des responsables légaux

Merci de nous fournir les documents suivants :

- Une copie de la carte d'identité
- Un certificat médical
- Contrat de participation au « Dispositif Argent de Poche » signé