

**AUTORISATION PARENTALE  
POUR QUITTER SEUL(E) L'INSTITUT DE FORMATION  
EN CAS D'ANNULATION DE COURS**

*Document à compléter et à signer par le représentant légal  
(Père, mère, tuteur)*

*Je soussigné(e), Nom ..... Prénom.....*

*Né(e) le ..... à .....*

*Demeurant (adresse précise et complète) .....*

.....

.....

*Numéro de téléphone .....*

*En ma qualité de représentant légal de*

*Nom .....*

*Prénom .....*

*Né(e) le .....*

*À .....*

*L'autorise à quitter seul l'Institut de Formation dans le cas où un cours venait à être annulé et non remplacé. Je déclare reprendre immédiatement la garde de l'enfant mineur dès qu'il quitte l'établissement afin d'assurer la totale responsabilité.*

*Fait à .....*

*Le .....*

*« Lu et approuvé, qualité du représentant légal »*

*Signature :*

Le CHPG collecte vos données personnelles conformément à la politique de protection des données dédiée au personnel. Celle-ci vous informe conformément à la loi monégasque en vigueur et au Règlement Général sur la Protection des données (RGPD). Elle est accessible de manière permanente sur l'intranet et comme indiqué, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, portabilité, d'opposition par voie postale ou en adressant un email à l'adresse [dpo@chpg.mc](mailto:dpo@chpg.mc).