

**AUTORISATION PARENTALE
DONNÉE A UN ÉTUDIANT MINEUR POUR RÉALISER
LES STAGES DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

*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, autorise l'enfant mineur

Nom

Prénom

Né(e) le

À

à réaliser les stages prévus par le programme de formation en soins infirmiers.

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.