

## Autorisation de l'Institut de Formation

Je soussigné (e) Madame, Monsieur :

Qualité :

Institut de formation :

Adresse :

N° de Tél :

**Autorise** l'élève/étudiant

Formation :

Date de naissance :

Adresse :

Mail :

**à effectuer** une période d'études ou un stage au titre de sa formation pour une durée de \_\_\_\_\_ (5 semaines minimum), du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

Au sein (organisme d'accueil)

Adresse

Tél

Pays

Fait à

le

Signature manuscrite et cachet de l'institut de formation