



Institut de Formation en Soins Infirmiers  
Institut de Formation des Aides-Soignants

COM-CC-IDE-07

**AUTORISATION DU/DE LA REPRÉSENTANT.E LÉGAL.E ENFANT MINEUR.E**  
**SÉLECTION POUR L'ENTRÉE EN FORMATION**  
**DE SOINS INFIRMIERS 2023/2024**

**Document à nous retourner impérativement avec votre dossier d'inscription  
UNIQUEMENT pour les candidat.e.s mineur.e.s.**

Je soussigné.e :  Madame  Monsieur

.....

Demeurant :

.....  
.....  
.....

et agissant en qualité de représentant.e légal.e, autorise

mon fils       ma fille

Nom .....Prénoms.....

qui demeure à la même adresse, ou demeurant :

.....  
.....  
.....

à participer au concours d'entrée en formation en Soins Infirmiers pour la rentrée de  
septembre 2023 à l'Institut de Formation Paramédicales d'Arles.

Je certifie avoir l'autorité parentale sur ce.tte mineur.e.

Date et signature