



Clic Conduite

Auto Moto école

Fiche de renseignements :

Elève

Parent

Nom : _____

Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____



Nos programmes de formations sont certifiées par le label « école de conduite qualité »

Portable : _____

Parents : _____

Fixe : _____

Mail: _____

Demande de permis : B AAC Sup AM A2 A1 A

BM ou BA Passerelle BM Annulation Invalidation

Santé : Lunettes/lentilles: Oui - Non

Difficultés d'apprentissage : Oui - Non

Dyslexique : Oui - Non

Dyspraxique : Oui - Non

Multi Dys : Oui - Non

Je soussigné(e) _____, donne mandat à l'auto-école Clic conduite représentée par Mme Lavoix Céline pour effectuer la demande de permis de conduire.

De plus, je reconnais avoir reçu(e) des informations concernant la conduite accompagnée et la conduite supervisée et avoir reçu(e) un dossier d'information et d'inscription adapté à ma demande (règlement intérieur compris).

Enfin, je atteste sur l'honneur avoir fourni toutes les informations me concernant, pour permettre le bon déroulement de la formation.

SIGNATURES :

Date :

Elève:

Parents :