



# AUTORISATION PARENTALE

Krav Maga Lyon Ouest

## JE SOUSSIGNE

NOM ..... PRENOM .....

PÈRE – MÈRE – TUTEUR (*razer les mentions inutiles*)

DEMEURANT

.....

.....

TÉLÉPHONE : *DOMICILE* ..... *PORTABLE* .....

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : .....

## AUTORISE MON ENFANT

NOM ..... PRENOM .....

A participer aux cours et manifestations de la saison en cours en relation avec l'association krav maga Lyon Ouest.

J'autorise la prise en charge médicale pour tout incident survenant pendant les cours ou les diverses manifestations.

je donne mon accord pour tout transport (autocar, voiture, sncf etc.)

FAIT À : .....

DATE : .....

**Signature**

Précédée de la mention

« lu et approuvé »

