



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 »

