



ASSOCIATION Krav Maga AKMK

Saison : 20...../20....

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) père, mère, représentant légal (1)

Demeurant à

Tél :

Portable :

Autorise l'enfant (2)

Né(e) le à

- à participer à toutes les activités sportives de l'association AKMK (entraînements, stages, passages de grade, etc.).
- à se rendre directement sur le lieu où se déroule l'activité du moment en dégageant de toute responsabilité le club AKMK
- à quitter directement le lieu où se déroule l'activité du moment en dégageant de toute responsabilité le club AKMK
- en outre, j'accepte que les responsables de l'association AKMK autorisent en mon nom une intervention médicale ou chirurgicale en cas de besoin.

Personne à contacter en cas de nécessité :

1/ Nom Prénom : tél 1 : tél 2 :

2/ Nom Prénom : tél 1 : tél 2 :

3/ Nom Prénom : tél 1 : tél 2 :

(1) rayer la mention inutile (2) nom et prénom

Fait à, le.....

Signature :