

 **AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Père : Mère : Tuteur(trice) :

Demeurant : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Tél : ……………………………………………………………. N° de Sécurité Sociale : ………………………………………

Autorise mon enfant :

Nom : …………………………………………………………. Prénom : …………………………………………………………………….

A participer aux cours de JEET KUNE DO LEGACY CONCEPT situés au dojo du jardin des sports à MONTCEAUX et aux manifestations de la saison 2025-2026.

J’autorise la prise en charge médicale pour tout incident survenant pendant les cours et manifestations.

Fait à : …………………………………………………. Le : ………../………./…………….

J’ai lu et j’approuve toutes les implications de cette autorisation.

Signature :