

AUTORISATION PARENTALE

Le soussigné(e)

Père, mère, tuteur représentant légal (rayer la mention inutile) de l'enfant

Autorise l'enfant nommé ci-dessus à participer aux activités de l'association sportive. Autorise le professeur responsable, la prise en charge médicale pour tout incident survenant pendant la durée des activités du club.

CONTACT A APPELER EN CAS D'URGENCE

Nom et Prénom :

Numéros :

FAIT À _____ LE _____

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL

Pour nous contacter :

Inscription/administration/questions divers :

Questions techniques/sportives :

Site web :

admin@boxingclub-divonne.com

welcome@boxingclub-divonne.com

www.boxingclub-divonne.com