

KRAV MAGA

SELF DEFENSE

MINIMUM RISQUE - MINIMUM TEMPS - MAXIMUM EFFICACITE

Autorisation parentale

Je soussigné(e) : Père / Mère / Tuteur¹

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél fixe : Portable :

Adresse email (en MAJUSCULE) :@.....

Autorise mon enfant

Nom : Prénom:

Né(e) le :/...../..... à

Licencié(e) au DOJO de :

A participer à l'activité : KRAV MAGA SELF DEFENSE

Téléphone :

Adresse email (en MAJUSCULE) :@.....

Je donne mon accord pour tous transports (autocar, voiture, SNCF, etc.) et j'autorise la prise en charge médicale pour tout incident durant la manifestation.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur qui m'a été remis lors de mon inscription.

Fait à, le

Faire précéder la signature de la mention manuscrite « **certifié sincère et exact** »

*Certificat médical de la saison obligatoire, avec la mention « **apte à la pratique du KRAV MAGA** » joint à la présente autorisation, ou notifié sur le passeport sportif.*

¹ Rayer les mentions inutiles