

AUTORISATION PARENTALE POUR MINEUR.E -18 ANS

Je soussigné(e) :

Père / Mère / Tuteur légal (préciser) :

Adresse :

- Autorise mon enfant ou mes enfants à participer aux activités du club Force Respect Dignité Fighting dans le respect du règlement.
- Autorise les éducateurs sportifs à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence.
- Reconnais que mon enfant est sous la responsabilité du club uniquement pendant les horaires de cours.
- Je m'engage à déposer mon enfant 5 minutes avant le début du cours et à venir le récupérer à la fin du cours, à l'intérieur de la salle.

Engagement du représentant·e légal·e

Je reconnais avoir :

- Pris connaissance du règlement intérieur de l'association.
- Compris les conditions d'accès aux cours et aux équipements.

Prénom et nom du représentant·e légal·e :

Fait à :

Date :

Signature du représentant·e légal·e :