

CORBAS FULL CONTACT

Autorisation parental pour les mineurs (annexe 1)

Nom de l'adhérent

Prénom



Date de naissance

Tuteur légal :

Père

Mère

Tuteur

N° Tel en cas d'urgence 1: NomTel.....

N° Tel en cas d'urgence 2: NomTel.....

N° Tel en cas d'urgence 3: NomTel.....

Adresse principale :

Autorisation parentale (pour les mineurs)

Je soussigné (Nom prénom) :

Tuteur légal : Père Mère Tuteur de l'enfant :

Autorise la pratique des sports de combat suivant :

Le FULL CONTACT, du KICK-BOXING, du K1 Rules, de la Boxe Thaï, et disciplines associées au club CORBAS FULL CONTACT ainsi qu'aux compétitions et interclubs

J'autorise également mon enfant à partir seul du club à la fin du cours

Non je n'autorise pas mon enfant à partir seul mais systématiquement accompagné par la ou les personnes désignées :

Porter la mention « Lu et approuvé »

signature

Joindre copie carte d'identité de l'adhérent et du tuteur légal.

Autorisation médicale (pour les mineurs)

Je soussigné (Nom prénom) : agissant en qualité de



Tuteur légal : Père Mère Tuteur de l'enfant :

Autorise les responsables du club à faire appel à un médecin ou aux services d'urgences SAMU ou POMPIER si nécessaire.

Renseignements importants à signaler concernant la santé de l'enfant :

.....
.....

Nom et tel. Du médecin traitant :

Porter la mention « Lu et approuvé »

signature