

C.S.S.C

KARATE-PREPARATION PHYSIQUE
FULL CONTACT-TRAINING BOXING

CHAMBERY

SAISON 2017/2018

GROUPE:

Nom :

Prenom :

Nee Le :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Mail :

Cotisation :

Licence :

Reglement: cheques

especes

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) Madame, Mademoiselle, Monsieur :
Agissant en qualité de père, mère, tuteur du mineur ci-dessous :

NOM – Prénom :

Né(e) le :

AUTORISATION PARENTALE DE PARTICIPER POUR LA SAISON 2015/2016 AUX COURS :

- DE FULL CONTACT/TRAINING BOXING AU SEIN DU C.S.S.C
- DE KARATE /KARATE CONTACT AU SEIN DU KARATE CLUB BOURGET DU LAC

AUTORISATION DE SOINS

Donne l'autorisation à l'équipe médicale d'effectuer les soins nécessaires adaptés à la pathologie de celui-ci et donne également l'autorisation de transporter l'enfant vers un établissement sanitaire si besoin

Fait à : Le :

Signature de la personne responsable précédée de la mention « lu et approuvé »

