



École-Club de Self-défense Krav Maga
Paris - Seine & Marne - Seine Saint Denis - Val de Marne



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom:

Adresse:

Code postal:

Ville:

N° téléphone : _____

Agissant en qualité de Mère, Père, autre, détenteur (s) de l'autorité parentale, autorise l'enfant

Nom :

Prénom:

Né le : __/__/____

A pratiquer le KRAV MAGA au sein du club de :

EN cas d'accident, j'autorise les moniteurs de Krav Maga à prendre les mesures d'urgence nécessaire à la santé de l'enfant

Fait à

LE

Signatures du ou des parents ou de l'autorité qualifiée,