



KRAV MAGA CROSS TRAINING

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné

Nom :

Prénom :

Père - Mère - Tuteur (rayer les mentions inutiles)

demeurant :

.....
.....

Téléphone

domicile : portable :

N° de sécurité sociale :

autorise mon enfant

Nom :

Prénom :

à participer aux cours et manifestations de la saison en cours en relation avec l'association Krav Maga Cross Training.

J'autorise la prise en charge médicale pour tout incident survenant pendant les cours ou les diverses manifestations.

Je donne mon accord pour tout transport (autocar, voiture, SNCF, etc).

Fait à : Date :

Signature

(précédée de la mention « lu et approuvé »).



Association KMCT

L'atelier, 5, rue du Pont - 57240 Knutange

+33 6 37 55 09 32 | info@kmct57.com