



# AUTORISATION PARENTALE



**KRAV-MAGA**  
FFK

Je soussigné .....

**Père-Mère-Tuteur**

**Demeurant**.....

.....

.....

**Téléphone :** .....

**AUTORISE MON ENFANT**

**NOM** .....**PRÉNOM**.....

**A participer aux cours de krav maga au sein du club ASKCH  
83 pour la saison 2020-2021**

**J'autorise la prise en charge médicale pour tout incident  
survenant pendant le cours**

**\*Pour tous les mineurs se rendant au club et partant seul, le club se décharge de  
toutes responsabilités pouvant survenir durant ce trajet.**

**Fait à** .....

**Le**.....

**Signature :**  
**(faire précédé la signature de lu et approuvé)**