

AUTORISATION PARENTALE

A REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT LÉgal POUR LES MOINS DE 18 ANS

JE SOUSSIGNÉ(E) PÈRE/MÈRE/TUTEUR LÉgal

NOM :

PRÉNOM :

N° TELEPHONE

AUTORISE

NOM :

PRÉNOM :

NÉ(E) LE / /

A PRATIQUER L'AÏKIBUDO ET/OU LE KATORI SHINTO RYU (RAYER S'IL NE PREND PAS LA LICENCE) ET DÉGAGE LE CLUB AINSI QUE SES DIRIGEANTS DE TOUTES RESPONSABILITÉS

FAIT À

LE / /

SIGNATURE