

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

Père

Mère

Tuteur

Demeurant

Téléphone : Domicile

Portable

N° SECURITE SOCIALE :

- **AUTORISE MON ENFANT**

NOM

PRENOM

A participer aux manifestations de la **Saison** organisées par la F.F.KARATE et ses organismes déconcentrés (Ligues et Départements). J'autorise la prise en charge médicale pour tout incident survenant pendant la manifestation.

Je certifie donner l'autorisation à mon enfant de pratiquer le karaté au Wado Club de Lyon.

- **J'AUTORISE LES RESPONSABLES DU CLUB**

A effectuer toutes les démarches nécessaires lors d'accident ou dans tous les cas nécessitant une intervention urgente d'une autorité médicale.

Fait à

le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »