



AUTORISATION PARENTALE Krav-Maga Anancy

Je soussigné(e),

Nom et prénom du représentant légal : _____

Demeurant à : _____

Téléphone : _____

Adresse e-mail : _____

Autorise mon fils / ma fille :

Nom et prénom de l'enfant : _____

Né(e) le : ___ / ___ / ____

À participer aux cours de Krav-Maga dispensés par l'association KRAV-MAGA ANNECY, durant la saison sportive ____ / ____.

J'atteste que mon enfant est médicalement apte à la pratique du Krav-Maga.

Je m'engage à fournir un certificat médical d'aptitude à la pratique du sport et à informer immédiatement le club en cas de contre-indication médicale.

J'ai pris connaissance que le Krav-Maga est une discipline de self-défense impliquant un contact physique, et j'autorise l'équipe encadrante à prodiguer les premiers secours si nécessaire, ainsi qu'à faire appel aux services d'urgence en cas de besoin.

En cas de blessure, perte ou vol, je dégage l'association KRAV-MAGA ANNECY de toute responsabilité, sauf en cas de faute avérée.

Fait à : _____, le : ___ / ___ / ____

Signature du représentant légal précédée de la mention « Lu et approuvé » :