



KRAV MAGA ANANCY

AUTORISATION PARENTALE

Association affiliée **FFKDA**
72 rue Cassiopée, 74650 Chavanod
kravmaga.anancy@gmail.com

Document obligatoire pour tout pratiquant mineur. À compléter par le représentant légal et à remettre au club avec la fiche d'inscription.

1 REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom	Prénom
Demeurant à	
Téléphone	Adresse e-mail
Qualité	Second contact en cas d'urgence (nom et téléphone)

2 ENFANT MINEUR

Nom	Prénom
Date de naissance	Saison sportive concernée

3 AUTORISATION ET ENGAGEMENTS

J'autorise l'enfant désigné ci-dessus à participer aux cours dispensés par l'association **Krav Maga Anancy** durant la saison sportive indiquée.

J'atteste que mon enfant est médicalement apte à la pratique du Krav Maga. Je m'engage à fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport et à informer immédiatement le club en cas de contre-indication médicale survenant en cours de saison.

J'ai pris connaissance du fait que le Krav Maga est une discipline de self-défense impliquant un contact physique. 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, de perte ou de vol, je dégage l'association Krav Maga Anancy de toute responsabilité, sauf en cas de faute avérée.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association et m'engage à en faire respecter les dispositions par mon enfant.

4 DROIT À L'IMAGE

- ☐ J'autorise l'association à photographier ou filmer mon enfant lors des cours et manifestations, et à diffuser ces images sur son site internet et ses réseaux sociaux.
- ☐ Je n'autorise pas la diffusion de l'image de mon enfant.

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature du représentant légal

Précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

Signature de l'enfant

Si celui-ci est en âge de signer