



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

Père – Mère – Tuteur (rayer les mentions inutiles)

Demeurant

.....

.....

Téléphone : Domicile..... Professionnel.....

N° Sécurité Sociale

AUTORISE MON ENFANT

NOM..... PRENOM

A participer au passage de Grades qui aura lieu le, organisé par le CDKDA 2B, organe déconcentré de la Fédération Française de Karaté et Disciplines associées.

J'autorise la prise en charge médicale pour tout incident survenant pendant la formation.

Fait à..... le

Signature

(faire précéder la signature de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)