



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné

Père – Mère – Tuteur (rayer les mentions inutiles)

Demeurant

.....

.....

Téléphone : Domicile Professionnel

N° Sécurité Sociale

AUTORISE MON ENFANT

NOM PRENOM

A participer à l'examen du Dan qui aura lieu à le

Organisé par le Comité Départemental d'Ille et Vilaine de la F.F.K.D.A

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

Fait à le

Signature

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