

AUTORISATION PARENTALE 2024/2025

Je soussigné(e)

☐ Père – ☐ Mère – ☐ Tuteur

Demeurant :

.....

.....

Téléphone : Domicile Professionnel

N° Sécurité Sociale

AUTORISE MON ENFANT

NOM PRENOM

A participer à la formation AFA de la **saison 2024/2025** organisées par la F.F.KARATE et ses organes déconcentrés (*Ligues Régionales – Zones Interdépartementales – Comités Départementaux*).

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** »)

Mel : cdkarate46@gmail.com – Site: <http://sites.ffkarate.fr/lot/>