

AUTORISATION PARENTALE 2027

Je soussigné

Père ☐

Mère ☐

Tuteur ☐

Demeurant

Téléphone :

AUTORISE MON ENFANT

NOM PRENOM

A participer au passage de ceinture noire organisé par la F.F.KARATE et le Comité Départemental du LOT (CDK46).

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

Fait à

le

Signature