

Photo

DAMPART BOXE FRANCAISE

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Date de naissance : _____

Nationalité : _____ Téléphone : _____

N° de licence : _____ Mail : _____

Autorisation parentale

Parents ou tuteur légal : M/Mme : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Tel : _____, autorise mon enfant :

-A se rendre et à partir seul de l'entraînement : **oui / non**

-A participé aux déplacements de l'association en voiture, à être pris en photo, filmé ou toute activité de promotion du club, dans un but non lucratif : **oui / non**

-Autorise l'association à faire transporter mon enfant à l'hôpital le plus proche par les services de secours en cas de problème : **oui / non**

Nom du médecin traitant : _____ Tel : _____

Fait à _____ le _____

Signature