

AUTORISATION DES PARENTS OU TUTEURS

Je soussigné(e) (NOM et Prénom du parent) _____, domicilié(e) au
(Adresse - CP - Ville) _____, déclare donner par
la présente l'autorisation à mon enfant (NOM et Prénom de l'enfant) _____
de pratiquer les sports de combat au sein du club IMPACTS 33.

☐ J'autorise l'association ou son représentant à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de blessure et hospitalisation de mon enfant.

☐ J'autorise mon enfant, adhérent pour la saison en cours, à quitter la salle de boxe et rentrer seul(e) après les séances dispensées par le Moniteur d'IMPACTS 33 (selon les horaires prévus). En aucun cas, je porterai le club et/ou le coach responsable de tous événements survenus avant ou après les horaires d'entraînements.

NOM _____

PRENOM _____

N° DE TELEPHONE _____

☐ PARENTS

☐ TUTEURS

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente autorisation.

Date :

Signature

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) _____ docteur en médecine, certifie que le ou
la nommé(e) _____, né(e) le _____
ne présente aucune contre-indication à la pratique de` _____

☐ en loisirs

☐ et / ou en compétition.

Observations éventuelles : _____

Délivré à _____

Le _____

Cachet du médecin indiquant le nom et l'adresse (obligatoire)

-

SIGNATURE DU MEDECIN