

# AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné(e) : ..... Père, Mère, Tuteur (1)

Demeurant : .....

.....Tél. : .....

## AUTORISE MON ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

**A PARTICIPER AUX COURS DE CAPOEIRA, JE DONNE MON ACCORD POUR TOUS TRANSPORTS ET J'AUTORISE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE POUR TOUT INCIDENT POUVANT SURVENIR PENDANT LES COURS.**

(JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT MEDICAL DE MOINS DE 6 MOIS DE L'ANNEE EN COURS « APTÉ A LA PRATIQUE DE LA CAPOEIRA »).

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature

Faire précéder la signature de la mention manuscrite « certifiée sincère et exacte ».

## TRAJET ALLER RETOUR AUX COURS

Concernant le trajet pour venir aux cours, je décharge l'association SENZALA de toute responsabilité concernant ce temps de trajet.

Cependant, je précise que mon enfant effectuera :

**Le trajet aller** : (Barrer les mentions inutiles)

1. Seul
2. accompagné par : Noms : .....Prénoms : .....

**Le trajet retour** :

1. Seul
2. accompagné par : Noms : .....Prénoms : .....

Attestation sur l'honneur.

Signature

(1) BARRER LES MENTIONS INUTILES