



AUTORISATION PARENTALE PRISE EN CHARGE MEDICAL

Je soussigné _____ Père, Mère, Tuteur

Demeurant _____

Tél : _____

Autorise mon enfant Nom _____ Prénom _____

Né(e) le _____ à _____

A s'inscrire au club de Karaté Shito-Ryu dolaysien et j'autorise la prise en charge

Médicale pour tous incidents pendant les cours pour la saison sportive : _____

Le certificat médical de la saison obligatoire « apte à la pratique du karaté » joint à la présente autorisation ou notifié sur le passeport.

Signature :

AUTORISATION PRISE EN CHARGE MEDICAL ADULTE

Je soussigné _____

Demeurant _____

Tél : _____

Autorise ma prise en charge médicale pour tous incidents survenant pendant les cours

pour la saison sportive : _____

Le certificat médical de la saison obligatoire « apte à la pratique du karaté » joint à la présente autorisation ou notifié sur le passeport.

Signature :

AUTORISATION PUBLICATION

J'autorise la publication dans les journaux, affiches, presse-book, compte facebook du club, des photos où je figure ou mon enfant figure prises lors des cours, stages, ou compétitions pour la saison sportive : _____

Nom/Prénom de l'adhérent : _____

Nom/Prénom du parent : _____

Date :

Signature