



KRAV MAGA LUXEMBOURG

AUTORISATION PARENTALE 2016 - 2017

Je soussigné

.....

Père - mère - tuteur (rayer les mentions inutiles)

Demeurant

.....

.....

Téléphone : domicile Professionnel

N° SECURITE SOCIALE :

AUTORISE MON ENFANT

NOM.....**PRENOM**.....

A participer aux cours et manifestations de la saison **2016-2017** en relation avec le club de Krav Maga Luxembourg.

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

Fait à le

Signature

(faire précéder la signature de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)