



KARATÉ CLUB  
LA FERTÉ-MACÉ

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) .....  PÈRE  MÈRE  TUTEUR

Demeurant .....

N° de téléphone .....

**AUTORISE LA PRATIQUE DU KARATÉ ET LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE POUR TOUS INCIDENTS SURVENANT PENDANT LES COURS OU STAGES ORGANISÉS PAR LE KARATÉ CLUB FERTOIS.**

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

NOM ..... Prénom .....

Né(e) le ..... à .....

Groupe sanguin ..... N° de sécurité sociale .....

Nom, Adresse de la caisse .....

Mutuelle ..... N° .....

A ..... Le .....

**Faire précéder la signature de la mention «CERTIFIÉ SINCÈRE ET EXACTE»**

Signature