

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (1) .....

Demeurant à (2) .....

.....

☎ (3) : .....

@mail : .....

autorise l'enfant : (4) .....

né(e) le : ..... / ..... / .....

à pratiquer le badminton au sein de l'ASPTT Castres.

En outre j'accepte que les responsables de l'association autorisent en mon nom une intervention médicale ou chirurgicale en cas de besoin (5).

Fait à :

le : ..... / ..... / .....

Signature :

1- Père, mère ou tuteur

2- Adresse

3- Où le responsable familial peut être joint durant les heures d'entraînement

4- Nom et prénom de l'enfant

5- A rayer en cas de refus d'autorisation

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (1) .....

Demeurant à (2) .....

.....

☎ (3) : .....

@mail : .....

autorise l'enfant : (4) .....

né(e) le : ..... / ..... / .....

à pratiquer le badminton au sein de l'ASPTT Castres.

En outre j'accepte que les responsables de l'association autorisent en mon nom une intervention médicale ou chirurgicale en cas de besoin (5).

Fait à :

le : ..... / ..... / .....

Signature :

1- Père, mère ou tuteur

2- Adresse

3- Où le responsable familial peut être joint durant les heures d'entraînement

4- Nom et prénom de l'enfant

5- A rayer en cas de refus d'autorisation