

AUTORISATION PARENTALE



AMERICAN GYM BEAUVAIS

Haltérophilie force Athlétique Musculation
Tél 06 50 57 12 82
contact@americangym.fr

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Demeurant à :

Adresse

Code postal

Ville

Déclare être le représentant légal du mineur :

- Nom :
- Prénom :
- Né(e) le _____ à :

Autorise mon enfant dont le nom figure ci-dessus à pratiquer l'activité sportive suivante dans le cadre de l'association :

Activité(1) :

- | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Force Athlétique | <input type="radio"/> Compétition | <input type="radio"/> Loisirs |
| <input type="radio"/> Haltérophilie | <input type="radio"/> Compétition | <input type="radio"/> Loisirs |
| <input type="radio"/> Musculation | | |
| <input type="radio"/> Boxe | | |

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'urgence :

- Nom et prénom :
- Téléphone portable :
- Téléphone fixe :
- E-mail :

Fait à _____ le _____

Signature du (des) parents

(1) : rayer les mentions inutiles