

## **AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e) Nom	Prénom	
Agissant en qualité de p	ère- mère – tuteur(trice) de l'enfant	
Né(e) le		
Adresse :		
Code postal :		
Ville :		
Déclare accepter que mo	on enfant	
S'inscrive aux cours org	anisés par l'association FELGER TRAINING.	
Je déclare également pro enfant pour se rendre au	endre sous mon entière responsabilité les déplacements d ux cours et en repartir.	de mor
L'association FELGER T (Certificat médical oblig	RAINING se décharge de toute responsabilité en cas d'acc atoire).	ident.
Personnes à contacter e	n cas d'urgence :	
1)	tél	
2)	_ tél	
	Lu et approuvé	

Signature