

AUTORISATION PARENTALE

EXAMEN DE GRADE

DES "14/15 ANS" ET "16/17 ANS"

Je soussigné

Père - Mère - Tuteur (rayer les mentions inutiles)

n° de sécurité sociale :

Demeurant

Téléphone : Professionnel

AUTORISE

Né (ée) le à

Nom du club n° affiliation du club

n° licence

Nom du Professeur

A participer à l'examen de grade

Qui se déroulera le

J'autorise la prise en charge médicale pour tout incident survenant pendant l'examen

Fait à le

Signature

(faire précéder la signature de la mention manuscrite lu et approuvé)

le certificat médical de non contre-indication à la pratique du Karaté en compétition ou d'une Discipline Associée devra être obligatoirement joint à la présente autorisation.