



Arts Martiaux Ermontois
Autorisation Parentale Saison 2017-2018
(obligatoire pour les mineurs)

Je soussigné(e) NOM : _____ Prénom : _____

Représentant légal de(s) l'enfant(s)

Adresse complète : _____

Autorise mon (mes) enfant(s) à suivre les cours d'Arts Martiaux et Sports de Combats enseignés au sein de l'association A.M.E à l'adresse suivante ou sur le lieu défini pour les cours :

COMPLEXE SPORTIF SAINT EXUPERY

Rue Kvot et Leydekkers

95120 ERMONT

Autorise n'autorise pas par ailleurs l'association à prendre, en cas d'accident de mon (mes) enfant(s), toutes les mesures d'urgence, y compris l'hospitalisation etc....

Personne à prévenir en cas d'urgence: _____



: _____

1^{er} enfant NOM : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ Âgé(e) de : _____

Groupe sanguin et facteur rhésus de l'enfant : _____

Déclare que mon enfant: Ne présente aucune allergie à un médicament

Présente une allergie au(x) médicament(s) suivant(s) _____

2^{ème} enfant NOM : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ Âgé(e) de : _____

Groupe sanguin et facteur rhésus de l'enfant : _____

Déclare que mon enfant: Ne présente aucune allergie à un médicament

Présente une allergie au(x) médicament(s) suivant(s) _____

3^{ème} enfant NOM : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ Âgé(e) de : _____

Groupe sanguin et facteur rhésus de l'enfant : _____

Déclare que mon enfant: Ne présente aucune allergie à un médicament

Présente une allergie au(x) médicament(s) suivant(s) _____

Fait à : _____ le : _____

Signature

Ce document devra être impérativement et obligatoirement joint avec le bulletin d'adhésion lors de l'inscription