



**Arts Martiaux Ermontois**  
**Autorisation Parentale Saison 2024-2025**  
**(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<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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**