



Arts Martiaux Ermontois
Autorisation Parentale · Saison 2026-2027
Obligatoire pour les mineurs

REPRÉSENTANT LÉGAL

Je soussigné(e) NOM Prénom :

Représentant légal de(s) l'enfant(s) nommé(s) ci-dessous

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 EXUPÉRY
Rue Kvot et Leydekkers 95120 ERMONT

URGENCE ET AUTORISATION MÉDICALE

☐ **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(s) 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) :

Ermont le :

Signature

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