



AÏKIDO



SEANCE D'ESSAI enfant-ados

Saison : 2019-2020

NOM :

Prénom :

Âge :

Sexe :



Féminin



Masculin

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Tél. Fixe :

Tél. Mobile :

Email :

Je soussigné Mme, Mr, père, mère, Melle, tuteur :
Autorise mon fils, ma fille, l'enfant

A participer à une séance d'essai en vue de pratiquer l'Aïkido au sein du club
Aïkido « BUDO SEISHIN CLUB » de CHÂTILLON D'AZERGUES.

J'autorise / Je n'autorise pas

Le responsable du BUDO SEISHIN CLUB à prendre toutes les mesures
d'urgence rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise / Je n'autorise pas

Mon enfant à rentrer seul ou je m'engage à le récupérer à la fin de sa séance
d'essai.

J'atteste avoir pris une assurance responsabilité civile qui prend en charge
mon fils, ma fille, l'enfant.

Fait à :
(Mention lu et approuvé)

Le :
Signature