



# **ASSOCIATION SPORTIVE "TEAM FIGHT LA ROCHE-CHALAIS"**

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) .....

responsable légal du jeune .....

Date de naissance : né(e) le ..... à .....

Domicilié(e) (adresse complète) .....

.....

Numéros de tél. Fixe : .....

Mobile(s) : 1/ ..... 2/ .....

Adresse Email : .....

J'autorise mon enfant à pratiquer le Kick-boxing, K1 et Sanda au sein de l'Association Sportive " Team Fight La Roche-Chalais".

J'autorise les responsables du club et les parents accompagnateurs à effectuer les déplacements en voitures particulières dans la perspective de compétitions éventuelles.

En cas d'accident (dans le cadre d'activités sportives ou au cours des déplacements), j'autorise les responsables du club ainsi que les animateurs sportifs à prendre toutes dispositions d'urgence que nécessiteraient les circonstances. Je prends note, par ailleurs, que la responsabilité du club peut être engagée seulement pendant les horaires correspondant aux entraînements et aux compétitions. Si, au début d'un entraînement ou lors d'un rendez-vous pour un match, le responsable n'est pas présent (un retard est toujours possible), il est nécessaire d'attendre son arrivée. Les enfants ne doivent pas rester sans surveillance. De plus, j'autorise le club " Team Fight" à mettre en ligne les photos, prises dans le cadre d'activités du club (entraînements, compétitions ou animations...), sur son site internet.

Fait à ....., le .....

Signature :

(précédée de la mention « lu et approuvé »)