



SELF DEFENSE SCHWEIGHOUSE SUR MODER



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Mme/M (nom et prénom) _____

Représentant légal de l'élève (nom et prénom) _____

Autorise mon enfant à participer aux cours de self-défense organisés les mercredis et samedis au **Dojo Centre Culturel Robert Kaeufling à Schweighouse sur Moder** au sein de l'Association Sportive Self Défense SCHWEIGHOUSE sur Moder.

Fait à _____

le _____

Signature du représentant légal

Suivie de la mention « lu et approuvé » :

Coordonnées de la personne à contacter en cas d'accident :

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone :

Contact : Instructeur Formateur WABEALO Bob 06.61.55.75.19

Mail : bob.sdsclub.fr

Site internet : www.selfsdefense.fr