



# 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](http://www.selfsdefense.fr)