



Autorisation parentale

LYON CURLING

Date :

Saison : 20

/ 20

Je soussigné·e

(Nom et prénom)

demeurant à

(Adresse)

(Code postal)

(Ville)

déclare être le ou la représentant·e légal·e du mineur :

Nom :

Prénom :

Né·e le :

à :

autorise ledit mineur dont le nom figure ci-dessus à pratiquer l'activité sportive suivante dans le cadre de l'association

Lyon Curling

Activité : PRATIQUE DU CURLING en LOISIR et en COMPÉTITION

- Lors des entraînements du mardi 20:45 à 23:00 au 52 rue Baraban 69003 Lyon.
- Lors des compétitions / stages les week-ends avec déplacement.

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'urgence :

Nom :

Prénom :

N° de téléphone :

N° de téléphone :

E-mail :

Fait à

Signature