



A.S FULL CONTACT
La Ville du Bois

AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE
Saison 2020 / 2021

Je soussigné(e)

.....

.....

Père, mère, tuteur, représentant légal, autorise :

.....

- A participer aux activités « BOXE AMERICAINE - FULL CONTACT » de l'Association Sportive Full Contact de la Ville du Bois (ASFCVDB) et à effectuer le trajet seul du domicile au club et vice-versa, dégageant toute responsabilité du club en cas d'accident à l'extérieur de ses locaux et en dehors des horaires de cours pratiqués à la salle de sport « L'Escale ».

Je suis informé(e) que :

.....

est assuré(e) (Affiliation Club, Licence individuelle) par la FBADA et que je peux contracter une assurance complémentaire individuelle accident.

Fait à :

Le :/...../.....

Signature :