



AUTORISATION PARENTALE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

J'autorise mon enfant à participer au cours de Yoga.

En cas d'accident, le professeur prendra les dispositions nécessaires (Pompiers, SAMU ...).

Merci de préciser les personnes à prévenir et leur téléphone :

Tel

Tel

Tel

Signalez si nécessaire les problèmes de santé éventuels (asthme) ...)

J'autorise mon enfant à partir seul à la fin de chaque séance Oui Non

Si "non" ; Indiquez le nom des personnes avec qui il est autorisé à partir :

Acceptez-vous que des photos ou vidéos de votre enfant soient prises et qu'elles soient utilisées dans les documents de communication associés aux activités de la section ?

Oui

Non

Je certifie avoir pris connaissance et accepté les termes de l'article 9 chapitre 1 du règlement intérieur de la Section.

Nom du (des) signataires(s) : mère, père, responsable légal.... (Rayer les mentions inutiles)

Signature (s)