



ADHERENT(E)

NOM : PRENOM :

SEXE : NE (E) LE : A :

ADRESSE COMPLETE :

VILLE :

N ° DE TELEPHONE EN CAS D'URGENCE : DOMICILE :

MOBILE :

AUTORISATION PARENTALE

Madame, Monsieur (1) parents
ou tuteur (1), autorise ma fille, mon fils (1) à participer aux cours de BOXE proposé
par le club BOXE FRANCAISE MASSERAN.

J'autorise le responsable à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les
interventions d'urgences suivant les prescriptions du médecin consultant.

DATE :

SIGNATURE :

(1) Rayer les mentions inutiles

BOXE FRANCAISE MASSERAN
Agrément Jeunesse et Sport n° 75svf 98.09
GYMNASE MASSERAN – 6, rue Masseran 75007 PARIS
Renseignements : Tél. 06 52 34 66 75
boxemasseran@gmail.com – www.boxemasseran.com
[Facebook : boxemasseran](#) / [Instagram : boxemasseran](#)

Siège social : 31, avenue de Ségur - 75007 PARIS -