



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Mr, Mme

.....

Autorise mon enfant

.....

À pratiquer le kickboxing sans contre indication médicale ou de problème de santé au club
The Squad.

L'enfant quitte la salle : seul :

accompagné (non de l'accompagnant) :

Fait à Le

Signature :