



AUTORISATION PARENTALE ASCA SAISON 2024-2025

Je soussigné(e), (Nom et Prénom).....

Adresse :

N° de téléphone auquel je pourrai être joint :

responsable légal, autorise (Nom et Prénom) :

- à faire partie de l'association sportive de Canne d'Arme (ASCA), et autorise le professeur responsable à faire hospitaliser mon enfant en cas de nécessité. Je reconnais au professeur responsable le droit de prendre, en cas d'urgence, toutes les mesures nécessaires pour la sauvegarde de mon enfant, ainsi que toutes les dispositions que réclameraient des circonstances imprévues pour le maintien de la discipline ou de la sécurité des enfants.

- à quitter seul (ou seule) le cours de canne ou bâton sans que la responsabilité de l'ASCA (Association Sportive de Canne d'Arme) ne puisse être mise en cause.

À, le

Signature du responsable légal