



指
圧
道

AUTORISATION PARENTALE Saison 2024-2025

Je soussigné

Père - Mère - Tuteur (rayer les mentions inutiles)

Demeurant

.....

Téléphone : Domicile : Portable :

Autorise mon enfant

Nom : Prénom :

A participer aux activités dispensées par l'association Shiatsu-Do Montélimar.

J'autorise la prise en charge médicale pour tout incident survenant pendant les activités.

Fait à Le

Signature

(faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé »)