



## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M., Mme .....  
(Nom et Prénom du responsable légal)

Certifie être le responsable du mineur : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ....., à .....

Et l'autorise à pratiquer le ..... avec autorisation médicale pour la  
Discipline(s) pratiquée(s)

saison 2023-2024.

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

**Signature :**

Association C4H2

10 rue des pins 34570 Pignan

Tél : 06 80 60 95 13

Email : c4h2team@gmail.com