

## AUTORISATION PARENTALE

### ASSOCIATION A.B.C.L.D

Je soussigné(e)

**NOM :**

**Prénom :**

Père, Mère, Tuteur Légal  
(Barrer les mentions inutiles)

Certifie autoriser mon enfant

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Lieu :**

**Département :**

A participer aux cours de Country dispensés par l'Association A.B.C.L.D.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de ladite association, et en accepter le principe.

**J'ai été informé(e) que mon enfant ne sera admis au sein de A.B.C.L.D. qu'après la remise d'un certificat médical autorisant la pratique de cette activité.**

**Je m'engage également à remplir de façon exhaustive** la fiche de renseignements concernant mon enfant. (Ne pas oublier les renseignements médicaux, si nécessaire, dans la partie AUTRES INFORMATIONS A PORTER A NOTRE CONNAISSANCE).

Attestation établie ce jour pour faire valoir ce que droit.

A LE BARP, le

Signature manuscrite,  
accompagnée de la mention  
"Lu et Approuvé"