École de Silat Défense Adamoise
5, rue de la source perdue
95290 Isle Adam

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné*(e)* Mr ou Mme : .....

Demeurant : .....

.....

Agissant en qualité de *(père ou mère) :* .....

Autorise mon fils / ma fille *:* .....

A pratiquer le Penchak Silat et la self-défense méthode enseignée par l'École de Silat Défense Adamoise.

Demeurant l'adresse suivante (si différente de l'adresse mentionnée ci-dessus) :

.....

.....

Je certifie avoir l'autorité parentale sur cet enfant.

Date :

Signature :