



正
道
勇
氣
活
力
平
衡
力
量



École du **HOP QUYEN DAO** de Manosque

Sérieux-Concentration-Courtoisie-Respect
sont nos lois

Force-Courage-Énergie-Stabilité
sont nos objectifs

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e),

Madame/Monsieur :

Parent

Tuteur

(Rayez la mention inutile)

Autorise mon enfant (prénom) :

Nom (si différent) :

Date de naissance :

à pratiquer le **Hop Quyen Dao / San Chi Chuan Fa** (Kung Fu - Tai Chi Chuan - Chi Kung)

au sein de l'**AFDHQD & AA** pour l'année d'activités sportives 2015/2016

- Je dégage de toutes responsabilités, les enseignants et dirigeants pour tous les accidents pouvant survenir ou étant survenus en dehors des heures de cours définis en début d'année.

- J'accepte que mon enfant utilise dans le cadre des heures de cours et de son apprentissage des arts martiaux les armes nécessaires à la pratique :

(Rayez la mention inutile)

OUI

NON

- J'accepte que mon enfant participe aux échanges et combats organisés dans le cadre des cours et de son apprentissage :

(Rayez la mention inutile)

OUI

NON

- Je m'engage à signaler aux dirigeants et enseignants tout problème de santé actuel ou à venir, pouvant rendre la pratique des arts martiaux dangereuse pour mon enfant.

- J'accepte que mon enfant rentre seul chez moi après les cours.

ou

- Non, je souhaite venir le chercher et interdis de le laisser rentrer seul

(Cochez la réponse choisie)

Fait à le :

Signature :

Précédée de la mention « lu et approuvé »

