



ASSOCIATION GUERETOISE
des
SPORTS de CONTACT

Autorisation parentale de pratique (Mineurs)

Je soussigné(e)
(Père, Mère, Responsable légal *)

Autorise mon enfant.....
(Nom, Prénom)

A pratiquer les disciplines de l'Association Guéretoise des Sports de Contacts.

Cette autorisation est valable pour la saison ----/-----

ALe

Signature

*Rayer les mentions inutiles

Association Guéretoise des Sports de Contact
Rue Paul Louis Grenier
23000 Guéret