



Association Française d'Escrima et Wing Tsun

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e):

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :Ville :

Je soussigné(e),.....
(père/mère/responsable légal*)

AUTORISE

mon enfant.....
(Nom, prénom)

À pratiquer la discipline suivante : Wing Tsun Kung-fu, Escrima, Taïchi, Qi Gong de l'Association Française d'Escrima et Wing Tsun.

Cette autorisation est valable pour la saison 20...../20.....

Fait àle

Signature