

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

Mle / Mme / M.....

domicilié(e) :

agissant en ma qualité de : mère père

autorise ma fille /mon fils

suis la personne à contacter en cas d'urgence,

n° de portable :

autre personne : tél. :

à participer aux activités organisées par l'association Dance Or Nothing et notamment la séance de Zumba du lundi de 19 h 30 à 20 h 30.

Je certifie qu'il/elle est médicalement apte à la pratique des activités de l'association.

En conséquence, je dégage Dance Or Nothing, ses instructeurs et ses membres de toute responsabilité en cas d'accident lui survenant ou provenant de son inaptitude physique ou médicale.

J'autorise l'association Dance Or Nothing à demander l'intervention des services compétents (notamment SAMU, pompiers, médecin), en cas d'urgence médicale, et si nécessaire, le transport vers le centre hospitalier le plus proche.

Je déclare avoir été informé des garanties d'assurance en responsabilité civile et des garanties complémentaires individuelles souscrites par l'association.

Je suis informé(e) que mon enfant est sous la responsabilité des instructeurs de l'association uniquement durant le temps de la séance choisie, ainsi je dois m'assurer que ces derniers sont présents dans la salle et me faire connaître auprès d'eux avant d'y laisser mon enfant. Dès l'heure de fin de la séance, mon enfant redevient sous ma responsabilité.

J'ai pris connaissance du règlement intérieur et y adhère.

Fait à le

Lu et approuvé,

Signature :