



AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Structure : Commission Technique Régionale FFESSM Auvergne Rhône-Alpes

Je soussigné (e) (nom, prénom, adresse)

.....
.....
.....
.....

Responsable légal du mineur, autorise :

Nom :Prénom :

Né (e) le :

A participer à :

Examen : Le :

Structure organisatrice :

J'autorise la FFESSM à publier toute photo de mon enfant prise lors de la pratique de notre activité

Oui

Non

Fait à Le

Signature du responsable légal :