

## AUTORISATION PARENTALE POUR LA PRATIQUE SPORTIVE – SAISON 2024/2025

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame \_\_\_\_\_

Autorise mon enfant mineur

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ de sexe  féminin  masculin

A pratiquer les activités sportives précisée(s) ci-dessous :

Gymnastique d'entretien	Danses en ligne
Techniques douces	Step
Pilates/yoga	Zumba
Taï chi	Afro-move
Marche active	Aquagym

Pour la saison sportive 2024/2025 du **CCT GV de TAVERNY**

En loisirs / entraînement

Fait le \_\_\_\_\_ à TAVERNY

Signature \_\_\_\_\_