

EXERCICE D'ACTIVITES BENEVOLES – ATORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

En tant que représentant légal de :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Lien de parenté :

L'autorise à :

Exercer des activités bénévoles au sein de l'association Twirling Club Sablais

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Fait à Le

Signature du responsable légal