



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Mr, Mme

Autorise mon enfant

À pratiquer la Boxe au Ferney Boxing Club pour la saison 2019/2020.

Fait à

Le

Signature

AUTORISATION MEDICALE

Je soussigné(e), Docteur

Certifie avoir examiné Mr/Mlle.....

Né(e) le appartenant à l'association Ferney Boxing Club et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de la Boxe et autres sports de combat.

Fait à

Le

Signature et cachet du médecin