



**AUTORISATIONS PARENTALES DECHARGEANT  
L'ASSOCIATION DE TOUTE RESPONSABILITE  
(pour mineur)**

Nom de l'enfant : .....	Prénom : .....
-------------------------	----------------

**PRATIQUE DU TAEKWONDO :**

Je soussigné(e) ..... autorise mon enfant à pratiquer la ou les disciplines de l'association WOLF TKD dans laquelle(s) il est licencié. Cette autorisation est valable pour la saison ..... et dans le cadre de l'entraînement au sein de l'association ou en compétition.

Je certifie avoir l'autorité parentale sur cet enfant.

**SORTIR SEUL :**

- J'autorise mon enfant à rentrer seul du cours de Taekwondo.
- Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul du cours de Taekwondo.

**SORTIR AVEC UNE AUTRE PERSONNE :**

- J'autorise les personnes suivantes à prendre mon enfant à la sortie du cours de Taekwondo :

Nom et prénom : .....

Nom et prénom : .....

Nom et prénom : .....

- Je n'autorise pas les personnes suivantes à prendre mon enfant à la sortie du cours de Taekwondo :

Nom et prénom : .....

Nom et prénom : .....

**DROIT A L'IMAGE :**

Dans le cadre de l'activité de Taekwondo (cours ou compétition), l'association peut être amenée à filmer, ou photographier, votre enfant. Avant de les réaliser, la législation en vigueur sur le droit à l'image nous oblige à vous demander l'autorisation d'utiliser et de diffuser ces photos ou vidéos sur le site de l'association ou sur tout support numérique ou papier.

- J'autorise l'association WOLF TKD à prendre des photos ou vidéos où apparaîtra mon enfant dans le cadre de l'activité de Taekwondo et de les utiliser ou diffuser.
- Je n'autorise pas l'association WOLF TKD à prendre des photos ou vidéos où apparaîtra mon enfant dans le cadre de l'activité de Taekwondo.

**✧ AUTORISATION MEDICALE D'URGENCE ✧**

Je soussigné(e) ..... autorise l'association WOLF TKD ou l'entraîneur responsable pendant les cours de Taekwondo à prendre toutes les dispositions pour faire soigner et faire pratiquer toute intervention jugée utile et nécessaires à mon enfant.

**NOMS ET COORDONNEES DES PERSONNES A JOINDRE EN CAS DE PROBLEME :**

Nom et prénom : ..... Téléphone : .....

Nom et prénom : ..... Téléphone : .....

Je m'engage à communiquer immédiatement toutes modifications nécessaires intervenant en cours d'année.  
Fait à Voreppe, le .....

Signature  
(faire précéder la signature de la mention « Lu et Approuvé »)