



**SELF DEFENSE SYSTEM 73 - SAISON 2024/2025  
AUTORISATIONS SPECIALES RELATIVES AUX MINEURS  
EN COMPLEMENT DE LA FICHE D'INSCRIPTION**

**IDENTITES DU OU DES RESPONSABLE(S) (REPRESENTANT LEGAL)**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 CP ..... Ville .....  
 Téléphone : \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ E-mail : .....@ .....

**En cas de doubles coordonnées :**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 CP ..... Ville : .....  
 Téléphone : \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ Portable : \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ . \_ \_  
 E-mail : .....@ .....

**Indiquer le n° de portable qui est susceptible de répondre : .....**

**J'autorise le mineur** : Nom : ..... Prénom : .....

né(e)le : ..... à pratiquer la Self défense KRAV MAGA (FFKDA) et suivre les cours de l'association **Self Défense System 73** durant la saison 2024/2025

**AUTORISATIONS DIVERSES :  
TRANSPORT/MISE EN ŒUVRE INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE D'URGENCE/DROIT A L'IMAGE**

- J'ai bien pris connaissance du règlement intérieur de la SDS73 (Cf site Internet de la SDS73)
- J'autorise les responsables de la SDS73 à transporter le mineur lors des stages, ou représentations  
 Oui     Non
- En cas d'urgence, les responsables de la SDS73 sont astreints de faire transporter le mineur par les moyens de secours publics auprès de l'établissement suivant :  
 Hôpital de Chambéry     Médipôle
- **J'autorise - Je n'autorise pas**, l'association **Self Défense System 73** à utiliser l'image de mon enfant pour sa promotion à travers son site Internet, réseaux sociaux et journaux **(Rayer la mention inutile)**
- Je m'engage à la prise en charge de mon enfant jusqu'à la salle de cours et vice versa :  
 Gymnase de Voglans - Rue Centrale - 73420 Voglans

**OBSERVATIONS - ALLERGIES**

.....  
 .....