

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Madame - Monsieur*

NOM – Prénom :

Demeurant

Agissant en qualité de mère - père - tuteur* de :

NOM – Prénom :

Date de naissance :

L'autorise à participer à l'épreuve **Ekiden 36 du 10 novembre 2024**.

J'autorise également sa prise en charge médicale suite à tout incident pouvant survenir durant l'épreuve.

De plus, je m'engage à fournir tout document obligatoire répondant aux exigences sanitaires en vigueur le jour de l'épreuve.

Je certifie avoir l'autorité parentale sur cet enfant.

Fait le À

Signature

** Rayer la mention inutile*