

AUTORISATION PARENTALE POUR LA PRATIQUE DE LA DANSE

Je soussigné(e),

[

],

Domicilié(e) à : [

],

Téléphone : [

],

Adresse e-mail : [

],

Autorise mon fils / ma fille :

[

], né(e) le [

] à [

],

à participer aux cours et activités de danse organisés par **l'école Danse avec les Stars, Bréal sous Monfort**, pour l'année scolaire **2025/2026**.

Je certifie que mon enfant est apte médicalement à pratiquer la danse.

Je m'engage à informer les responsables en cas de problème de santé ou de changement de situation.

J'autorise également les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

Fait à [

], le [

]

Signature du parent ou tuteur légal :

[Signature précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"]