

AUTORISATION DU RESPONSABLE LÉGAL

JE SOUSIGNÉ(E) (nom prénom) : _____

AUTORISE (nom prénom) : _____

À PRATIQUER (nom discipline) : _____

AU PHOENIX CROSS FIGHT.

DATE :

SIGNATURE RESPONSABLE :

PHOENIX CROSS FIGHT

26 CHEMIN DE LA FOSSE MONTPIED – 91180 SAINT GERMAIN LÈS ARPAJON

TEL : 09.86.61.22.00

phoenixcrossfight@gmail.com

www.phoenixcrossfight.com