



Autorisation parentale

Je soussigné(e) :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Adresse (suite) : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

en tant que représentant légal de :

Lien de parenté : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ____

Lieu de naissance : _____

L'autorise à **devenir adhérent de l'association PodShows.**

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom Prénom	Lien de parenté	Téléphone

Fait le : ___ / ___ / ___ à _____

Signature :