

ZUMBA 12-15 ans

Décharge de responsabilité

Je soussigné(e) M. Mme.....

Autorise l'animatrice de zumba de l'AGV Gières à diriger mon enfant

.....

Sur l'hôpital de La Tronche ou un autre centre de soins en cas de nécessité.

À Gières, le **SIGNATURE**

Nom du médecin traitant n° de téléphone

ZUMBA 12-15 ans

Décharge de responsabilité

Je soussigné(e) M. Mme.....

Autorise l'animatrice de zumba de l'AGV Gières à diriger mon enfant

.....

Sur l'hôpital de La Tronche ou un autre centre de soins en cas de nécessité.

À Gières, le **SIGNATURE**

Nom du médecin traitant n° de téléphone