

AUTORISATION PARENTALE ET DEMANDE D'ADHÉSION

ACADÉMIE DES CADETS DE LA DÉFENSE NANTES

Je soussigné(e):

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

Code Postal: _____ Ville: _____

Téléphone: _____

Email: _____

Agissant en qualité de représentant légal de:

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

Autorise mon enfant à participer aux activités de l'Académie des Cadets de la Défense de Nantes pour l'année scolaire 2024-2025.

Autorise les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

M'engage à ce que mon enfant respecte le règlement intérieur dont j'ai pris connaissance.

Fait à _____, le _____

Signature du représentant légal:

Signature du cadet: