

**ADHÉSION - AUTORISATION PARENTALE**

JE SOUSSIGNÉ :

Nom

Prénom

Adresse

Code postal et ville

Pays

Téléphone

EN TANT QUE REPRÉSENTANT LÉGAL DE :

Lien de parenté

Nom

Prénom

Date de naissance

Lieu de naissance

L’AUTORISE À

**Être adhérent de l’association Technistub, à utiliser l’atelier partagé et les équipements mis à disposition, ainsi qu’à participer à l’ensemble des activités de l’association**

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D’URGENCE

Nom

Prénom

Adresse

Code postal et ville

Pays

Téléphone

Fait le à