



AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE DE SOIN

SAISON 2017 - 2018

(OBLIGATOIRE POUR LES ATHLÈTES MINEURS)

Je soussigné,.....

père

mère

responsable légal

AUTORISE

mon enfant :

(Nom, prénom, numéro de licence)

- A pratiquer les disciplines de la fédération en compétition.
- A être soigné par un médecin si nécessaire dans le cadre des compétitions et activités fédérales.

A, le.....

Signature :

DOCUMENT OBLIGATOIRE POUR LA PARTICIPATION AUX COMPÉTITIONS FÉDÉRALES