

AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE ET SOIN

-FORMULAIRE OBLIGATOIRE POUR LES
MINEURS-

Je soussigné(e)

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 COMPÉTITION FEDERALES