



AUTORISATION PARENTALE DE SOINS SAISON 2024/2025

- FORMULAIRE OBLIGATOIRE POUR LES MINEURS -

Je soussigné·e

Père

Mère

Responsable légal

AUTORISE

mon enfant :
(Nom, Prénom, Numéro de licence)

- à pratiquer les disciplines de la fédération en compétition
- à être soigné·e par un médecin si nécessaire dans le cadre des compétitions et activités fédérales ,
- à faire l'objet d'une décision médicale d'urgence (transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) rendue nécessaire par son état de santé.

EN CAS DE DECISION MEDICALE D'URGENCE, la ou les personnes à contacter sont :

Père :

Mère :

Responsable légal·e :

A....., le

Signature :

DOCUMENT OBLIGATOIRE POUR LA PARTICIPATION AUX COMPÉTITIONS FEDÉRALES

