



AUTORISATION PARENTALE DE SOINS SAISON 2022/2023

- 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 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 :

A....., le

Signature :

DOCUMENT OBLIGATOIRE POUR LA PARTICIPATION AUX COMPÉTITIONS FEDERALES



FORMULAIRE SPECIFIQUE POUR LES MINEURS EN PLEIN CONTACT (COMBAT AVEC KO AUTORISE)

AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE SAISON 2022/2023

- FORMULAIRE OBLIGATOIRE POUR :
- LES CADET(TE)S 2EME ANNEE NES EN 2007
 - LES JUNIORS NES EN 2005 ET 2006

Je soussigné(e)

Père

Mère

Responsable légal

AUTORISE

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

- à pratiquer les disciplines de la fédération en **compétition plein contact avec KO autorisé**

A....., le

Signature :

**DOCUMENT OBLIGATOIRE POUR LA PARTICIPATION AUX COMPÉTITIONS FEDERALES EN
PLEIN CONTACT**