



**AUTORISATION PARENTALE
DE PRATIQUE ET DE SOINS
SAISON 2016-2017**

(mineurs)

Je soussigné,.....

(père/mère/responsable légal*)

AUTORISE

mon enfant :

(Nom, prénom, numéro de licence)

Né(e) leà :

- 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 :

*Entourer la mention utile

DOCUMENT OBLIGATOIRE POUR LA PARTICIPATION AUX COMPÉTITIONS FÉDÉRALES