



# 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 COMPETITIONS FEDERALES**

Siège social : FFKMDA – 144, avenue Gambetta – 93170 BAGNOLET

Téléphone : 33 (0)1 43 60 53 95 – Télécopie : 33 (0)1 43 60 04 75

Site : [www.ffkmda.fr](http://www.ffkmda.fr)