



AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE DE SOIN SAISON 2018/2019 (OBLIGATOIRE POUR LES ATHLETES 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

Siège social : FFKMDA – 144, avenue Gambetta – 93170 BAGNOLET
Arrêté de délégation ministérielle : NOR SPOV1313107A
SIRET: 507 458 735 00028 - CODE APE : 9312Z
Téléphone : 33 (0)1 43 60 53 95 – Télécopie : 33 (0)1 43 60 04 75
Site : www.ffkmda.fr

