

## AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE ET SOIN 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 ....., le .....

**DOCUMENT OBLIGATOIRE POUR LA PARTICIPATION AUX COMPÉTITION FÉDÉRALES**

Responsable Légal