

## AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE ET SOIN -FORMULAIRE OBLIGATOIRE POUR LES MINEURS-

Je soussigné(e) .....

Père

Mère

### 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 .....

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

Responsable Légal

