



## AUTORISATION PARENTALE DE SOINS SAISON 2022/2023

- FORMULAIRE OBLIGATOIRE POUR LES MINEURS -

Je soussigné·e .....

Père

Mère

Responsable légal·e

### AUTORISE

mon enfant : .....  
(Nom, Prénom, Numéro de licence)

- à pratiquer les disciplines de la fédération en **compétition**
- à être soigné·e par un médecin si nécessaire dans le cadre des compétitions et activités fédérales ,
- à faire l'objet d'une décision médicale d'urgence (transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) rendue nécessaire par son état de santé.

**EN CAS DE DECISION MEDICALE D'URGENCE**, la ou les personnes à contacter sont :

Père : .....

Mère : .....

Responsable légal·e : .....

A....., le .....

Signature :

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