



AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE DE SOIN SAISON 2024/2025 (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 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 :

A....., le

Signature :

DOCUMENT OBLIGATOIRE POUR LA PARTICIPATION AUX COMPÉTITIONS FEDERALES



Siège social : FFKMDA – 38 rue malmaison– 93170 BAGNOLET
Arrêté de délégation ministérielle : NOR SPOV1313107A
SIRET: 507 458 735 00036 - CODE APE : 9312Z
Téléphone : 33 (0)1 43 60 53 95 – Télécopie : 33 (0)1 43 60 04 75
Site : www.ffkmda.org

