AUTORISATION PARENTALE DE SOINS

SAISON 2026/2027

- 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 decision 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 : 38, rue Malmaison 93170 BAGNOLET

Siret: 507 458 735 00036 – Code APE : 9312Z - Arrêté de délégation ministérielle : SPOV2209971A

Tél : 01 84 21 00 16 – courriel : contact@ffkmda.fr

www.ffkmda.com