



AUTORISATION PARENTALE DE SOINS (mineurs)

Je soussigné,

(père/mère/responsable légal*)

AUTORISE

mon enfant.....

(nom, prénom, numéro de licence)

A être soigné par un médecin si nécessaire dans le cadre des compétitions de la Fédération Française des Sports de Contact.

Cette autorisation est valable pour la saison 2015/2016.

A....., Le.....

Signature:

* entourer la bonne mention

Fédération **F**rançaise de **S**ports de **C**ontact & **D**isciplines **A**ssociées

144 avenue Gambetta 93170 Bagnole

www.ffscda.com