



Règlement médical FFKMDA – Annexe 1F

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 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



FFKMDA - 38, rue Malmaison - 93170 BAGNOLET
tel : +33 (0)1 84 21 00 16 – mel : contact@ffkmda.fr
site web : www.ffcmda.org
Arrêté de délégation ministérielle : NOR SPOV2209971A
SIRET: 507 458 735 00036 - CODE APE : 9312Z

