



# AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE DE SOIN SAISON 2023/2024

- 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 legal : .....

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](http://www.ffkmda.org)

