



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 de Sports de Contact.

Cette autorisation est valable pour la saison 2012/2013.

A, le.....

Signature :

*Entourer la mention utile

Fédération Française de Sports de Contact & Disciplines Associées

144 avenue Gambetta 93170 Bagnolet
www.ffscda.com