

# AUTORISATION PARENTALE DE SOINS

**SAISON 2024/2025**

* 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**



**Une image contenant texte

Description générée automatiquement**

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](mailto:contact@ffkmda.fr)

[www.ffkmda.](http://www.ffkmda.fr/)com