



## 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 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**



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

