AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE et DE SOIN
SAISON 2023/2024
- FORMULAIRE OBLIGATOIRE POUR LES MINEURS-

Je soussigné(e).....

Agissant en qualité de : père mère tuteur

Autorise ma fille / mon fils / mes enfants mineur(e-s) nommé(e-s) ci-dessous :

Nom : ……
Prénom:…… Né(e) le : ……/...../.....

Nom : ……
Prénom:…… Né(e) le : ……/...../.....

Nom : ……
Prénom:…… Né(e) le : ……/...../.....

- à **pratiquer** la/les discipline(s) suivante : MuayThaï - Boxe Full Contact - Défense Urbaine pour la saison 2023 / 2024 , dans le cadre de l'entraînement au sein du club FIGHT SCHOOL BIARRITZ ou en compétition.
- à **être soigné(e-s)** 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 : …… tel:……
Mère : …… tel:……
Responsable légal…… tel:.....

Fait à : ..... Le : …… /…… / .....

Signature du Responsable Légal