**AUTORISATION PARENTALE DE SOINS POUR LES MINEURS**

**Je soussigné(e), ………………………………………………………….**

**(père/mère/responsable légal\*),**

**AUTORISE mon enfant ……………………………………………….**

**(Nom, prénom)**

**À être soigné par un médecin si nécessaire dans le cadre des compétitions.**

**Cette autorisation est valable pour la saison 2020/2021.**

**Fait à ……………………………… Le…………………………….**

**Signature(s)**

 **\*Barrer les mentions inutiles**