

Autorisation parentale de pratique et de soins en plein contact
pour la catégorie Juniors

Je soussigné(e) :

Père

Mère

Responsable Légal

AUTORISE

Mon enfant :

(Nom, Prénom, N° de licence)

- A pratiquer le Muay Thai en compétition,
- A être soigné(e) par un médecin si nécessaire dans le cadre de compétitions et activités fédérales,
- A 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 décision médicale d'urgence, la ou les personnes à contacter sont :

Nom : Prénom :

Coordonnées :

CE DOCUMENT EST OBLIGATOIRE POUR PARTICIPER AUX COMPETITIONS FSASPTT-AFMT.

Date et lieu :

Signature :