



AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE DE SOIN SAISON 2019/2020

(OBLIGATOIRE POUR LES MINEURS)

Je soussigné(e)

Père Mère Responsable Légal

AUTORISE

Mon enfant : Nom,..... Prénom,.....

- A pratiquer le Muay Thai en compétition.

- A être soigné par un médecin si nécessaire dans le cadre des compétitions fédérales.

A....., le

Signature :

DOCUMENT OBLIGATOIRE POUR LA PARTICIPATION AUX COMPÉTITION AFMT-FSASPTT

ACADEMIE FRANCAISE DE MUAY THAI

1 Rue Tristan Tzara 75018 Paris-mail : administration@afmt.fr-Tel :0171486094
sous l'égide de La **FÉDÉRATION SPORTIVE DES ASPTT**, agréée par le Ministère de la Jeunesse et des Sports par
arrêté du 26 juillet 2005 sous le n°MJSK05701 44A. Reconnue d'utilité publique par l'ordonnance n°2015-904 du 23
juillet