



# AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE DE SOIN SAISON 2018/2019 (OBLIGATOIRE POUR LES ATHLETES MINEURS)

Je soussigné(e) .....

Père

Mère

Responsable Légal

## AUTORISE

Mon enfant : .....  
(Nom, Prénom, Numéro de licence)

- A pratiquer les disciplines de la fédération en compétition.
- A être soigné par un médecin si nécessaire dans le cadre des compétitions et activités fédérales.

A....., le .....

Signature :

**DOCUMENT OBLIGATOIRE POUR LA PARTICIPATION AUX COMPÉTITION FEDERALES**

Siège social : FFKMDA – 144, avenue Gambetta – 93170 BAGNOLET  
Arrêté de délégation ministérielle : NOR SPOV1313107A  
SIRET: 507 458 735 00028 - CODE APE : 9312Z  
Téléphone : 33 (0)1 43 60 53 95 – Télécopie : 33 (0)1 43 60 04 75  
Site : [www.ffkmda.fr](http://www.ffkmda.fr)

