



AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE et DE SOIN
SAISON 2025/2026
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 2025 / 2026 , 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: