



AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE ET DE SOINS

Formulaire obligatoire pour les mineurs (cours d'essais et inscriptions)

SAISON 20 / 20

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 :/...../.....

- A pratiquer la/les discipline(s) suivante(s) : MuayThaï – Kick Boxing - Full Contact - Défense Urbaine, dans le cadre de l'entraînement au sein du FIGHT SCHOOL BIARRITZ ou en compétition.

- A être soigné(e-s) par un médecin si nécessaire dans le cadre des 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 DECISION MEDICALE D'URGENCE, la ou les personnes à contacter sont :

Père : tel:.....

Mère : tel:.....

Responsable légal..... tel:.....

Fait à : Le : / /

Signature