

# AUTORISATION PARENTALE DE SOINS

## POUR LES MINEURS

Je soussigné(e), .....

(père/mère/responsable légal\*),

AUTORISE mon enfant .....

(Nom, prénom)

À être soigné par un médecin si nécessaire dans le cadre des compétitions.

Cette autorisation est valable pour la saison 2018/2019.

Fait à .....

Le.....

Signature(s)

\*Barrer les mentions inutiles