

**Fédération de Sports de Combat - France** – [*contact@fscfrance.fr*](mailto:contact@fscfrance.fr) *-* [*www.fscfrance.fr*](http://www.fscfrance.fr)

*Actualités sur* [*https://www.facebook.com/fscfrance.fr/*](https://www.facebook.com/fscfrance.fr/)

|  |
| --- |
| AUTORISATION PARENTALE DE  PARTICIPATION À TOUTES LES MANIFESTATIONS  DE LA SAISON EN COURS : 20…/20…  (DÉPLACEMENT & PARTICIPATION À UNE MANIFESTATION OFFICIELLE :  RENCONTRE AMICALE INTERCLUBS, COMPÉTITION,  STAGE TECHNIQUE, STAGE DE FORMATION, EXAMEN TECHNIQUE…) |

Je soussigné(e) Mme ou M. (NOM, prénom) : ………………………………………………………………………………

Représentant légal de l’enfant (NOM, prénom) : ……………………………………………………………………………

Date de naissance de l’enfant : … /…  /…………

Association sportive d’appartenance/ville : ………………………………………………………………………………………

donne à mon enfant l’autorisation de participer à toutes les manifestations sportives fédérales de la saison sportive en cours et des saisons à venir.

AUTORISATION COMPLÉMENTAIRE DE SOINS

Donne l’autorisation à l’équipe médicale présente d’effectuer les soins nécessaires et adaptés à la pathologie de celui-ci et donne également l’autorisation de transporter mon enfant vers un établissement sanitaire si besoin.

Fait à : ……………………………………………

Le : ………………………………………………

Signature du responsable légal de l’enfant

précédé de la mention « lu et approuvé »

N.B. : Prière de joindre avec cette feuille une photocopie de la pièce d’identité du signataire de cette autorisation.