



AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE (mineurs)

Je soussigné,.....
(père/mère/responsable légal*)

AUTORISE

Mon enfant.....
(Nom, prénom, numéro de licence)

A pratiquer les disciplines de la Fédération Française de Sports de Contact au sein de son club, ainsi que dans un cadre compétitif.

Cette autorisation est valable pour la saison 2016/2017

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

Signature des parents

*Entourer la mention utile