



## AUTORISATION PARENTALE DE SOINS (mineurs)

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

### AUTORISE

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

A être soigné par un médecin dans le cadre des compétitions  
de la Fédération Française de Sports de Contact.

Cette autorisation est valable pour la saison 2016/2017.

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

Signature des parents

\*Entourer la mention utile