



## AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE ET DE SOINS / SAISON 2024-2025 (mineurs)

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

### AUTORISE

mon enfant : .....  
(Nom, prénom, numéro de licence)

- A pratiquer les disciplines de la fédération en compétition.
- A être soigné par un médecin si nécessaire dans le cadre des compétitions et activités fédérales.

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

Signature :

\*Entourer la mention utile

**DOCUMENT OBLIGATOIRE POUR LA PARTICIPATION AUX COMPETITIONS FEDERALES**

*FFKMDA*

*144 avenue Gambetta 93170 Bagnolet*

*www.ffkmda.fr*