



LE RING OLYMPIEN - DE CILLIS Team

AUTORISATION DE PRATIQUE ET DE SOINS (mineurs)

Je soussigné(e),.....
(Père/mère/responsable légal*)

Adresse Mail :

Numéro de téléphone :

AUTORISE mon enfant :
(Nom, prénom)

- A pratiquer les disciplines des fédérations en compétition et à l'entraînement.
- A être soigné par un médecin si nécessaire dans le cadre de l'entraînement, des compétitions et activités fédérales.

A, le.....

Signature :

*Entourer la mention utile