Académie Française de Muay Thaï
2023-2024

Autorisation parentale de pratique et de soins en plein contact pour la catégorie Juniors

Je soussigné(e) :.....

❑ Père ❑ Mère ❑ Responsable Légal

AUTORISE

Mon enfant : .....
(Nom, Prénom, N° de licence)

- A pratiquer le Muay Thaï en compétition,
- A être soigné(e) par un médecin si nécessaire dans le cadre de compétitions et activités fédérales,
- A faire l'objet d'une décision médicale d'urgence (transfert à l'hôpital par un service d'urgence [Pompiers, SAMU]) rendue nécessaire par son état de santé.

En cas de décision médicale d'urgence, la ou les personnes à contacter sont :

Nom : ..... Prénom : .....

Coordonnées : .....

CE DOCUMENT EST OBLIGATOIRE POUR PARTICIPER AUX COMPETITIONS FSASPTT-AFMT.

Date et lieu : Signature :