

**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 Thai 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 :