

AUTORISATION PARENTALE 2020-2021

Je soussigné

Père - mère - tuteur (rayer les mentions inutiles)

Demeurant

Téléphone : domicile Professionnel

N° Sécurité Sociale :

AUTORISE MON ENFANT

NOM.....**PRENOM**.....

A participer aux manifestations de la **Saison 2020-2021** organisées par la F.F.KARATE et ses organismes déconcentrés (Ligues et Départements)

J'autorise la prise en charge médicale pour tout incident survenant pendant la manifestation.

Fait à le

(faire précéder la signature de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)

Signature

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné DocteurCertifie avoir examiné ce jour

M, Mme, Melle, l'enfant Né(e) le : ____/____/____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du KARATE ; K.D.S ;TAÏJI QUAN ou KUNG FU en club ou en compétition

Fait à _____, le ____/____/____

Cachet et Signature du Médecin

Cachet et Signature du Médecin