

AUTORISATION PARENTALE 2016/2017

Je soussigné (e), M., Mme _____

Domicilié (e) _____

Représentant légal, autorise ma fille / mon fils : _____

Né(e) le _____ à _____

N° Licence : _____ Sport pratiqué : _____ N° Affiliation Club : _____

A participer aux manifestations de la saison sportive 2016/2017 organisées par la F.F.S.T. :

- Compétitions
 - Interclubs
 - Départementales
 - Régionales
 - Nationales
 - Internationales
- Démonstrations
- Stages
- Entraînement dans d'autres clubs

J'autorise les responsables de la F.F.S.T à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse, ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, à l'enfant.

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : _____

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.

Date et Signature,
« Lu et approuvé »

- Le certificat médical d'aptitude à la pratique du sport pratiqué pour la saison devra obligatoirement être joint à la présente autorisation.
- En cas de changement d'avis en cours d'année, veuillez en aviser l'enseignant du club dans lequel votre enfant est licencié. Votre autorisation vous sera restituée et une nouvelle vous sera proposée sur laquelle vous fixerez vos nouvelles exigences.