



AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE ET DE SOINS / SAISON 2026-2027 (mineurs)

Je soussigné(e),

(père/mère/responsable légal)*

AUTORISE mon (l') enfant :

(Nom, prénom, numéro de licence)

- À pratiquer les disciplines de la fédération à l'entraînement et en compétition.
- À être soigné par un médecin si nécessaire lors d'entraînement ou dans le cadre des compétitions et activités fédérales.

À _____, le

Signature :

FFKMDA

144 avenue Gambetta 93170 Bagnolet www.ffkmda.com