

## FORMULAIRE SPECIFIQUE CADET 2EME ANNEE POUR LE PLEIN CONTACT (COMBAT AVEC KO AUTORISE)

### AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE ET SOIN

- FORMULAIRE OBLIGATOIRE POUR LES  
CADET.TE.S 2<sup>ÈME</sup> ANNÉE, NÉ.E.S EN 2006 -

Je soussigné(e) .....

Père

Mère

Responsable Légal

#### AUTORISE

Mon enfant : .....  
(Nom, Prénom, Numéro de licence)

- A pratiquer les disciplines de la fédération en **compétition plein contact (ring)**
- A être soigné.e par un médecin si nécessaire dans le cadre des compétitions et activités fédérales.

A ....., le .....

Signature :

**DOCUMENT OBLIGATOIRE POUR LA PARTICIPATION AUX COMPÉTITION FEDERALES**