

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

Demeurant

.....

.....

Téléphone : Domicile Professionnel

N° Sécurité Sociale

AUTORISE MON ENFANT

NOM **PRÉNOM**

À participer aux manifestations de la **saison 2026-2027** organisées par la Fédération Française de Karaté et Disciplines Associées et ses organes déconcentrés.

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

Fait à le

Signature

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