



Autorisation parentale annuelle

Je soussigné(e).....

(nom et prénom du représentant légal)

- **Autorise mon fils ou ma fille**

(nom et prénom de l'enfant) à pratiquer le MMA au sein du club

..... lors de la saison 2024-2025.

Il ou elle sera sous la responsabilité de.....

(nom et prénom du responsable)

- **Autorise le responsable de l'encadrement** à faire pratiquer tout soin médical urgent (y compris une hospitalisation) ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté.

(en cas de refus rayer la mention)

A défaut, il ou elle sera pris (e) en charge par les services d'urgence.

- **Reconnait avoir été informé(e)** que la prise en charge de mon enfant par « l'encadrement » ne se fera qu'à partir du lieu d'entraînement et à partir du lieu de rendez-vous fixé dans la convocation pour tout déplacement prévu dans le cadre du club.
- **Certifie que mon fils ou ma fille est à jour de tous ses vaccins (Tétanos, ...)**
- **Certifie avoir produit le certificat médical de non contre-indication à la pratique compétitive du MMA datant de moins d'un an.**





FEDERATION CAMEROUNAISE DE MIXED MARTIAL ARTS ET DISCIPLINES AFFINITAIRES

CAMEROON FEDERATION OF MIXED MARTIAL ARTS AND AFFINITY DISCIPLINES



EN CAS D'URGENCE

Personne à prévenir 1 : Nom :

Qualité :

Tel dom/prof/mob

.....

Personne à prévenir 2 :

Nom :

Qualité :

Tel dom/prof/mob :

RENSEIGNEMENTS

UTILES N° de sécurité

sociale :

Nom de l'assuré :

Mutuelle :

Allergies connues :

Fait à, le Signature.....

Nom et Prénom :

