



(Joindre **IMPERATIVEMENT** à ce document, la photocopie de la carte d'identité du tuteur ou représentant légal de l'enfant, au besoin celle de l'accompagnant.)

AUTORISATION PARENTALE et de SOINS (Moins de 18 ans)

Je soussigné (Le père, la mère, le tuteur légal)..... (1), autorise (Mon fils, ma fille).....(1) à s'adonner à la Boxe Américaine en Full ou Light contact / avec ou sans low Kick /Muay thaï /K1/ UFR ou toutes autres disciplines associées et pour toutes activités pugilistiques. **Accepte de faire pratiquer tous soins et/ou toutes interventions chirurgicales nécessaires, en cas d'accident en France ou à l'étranger.**

Que ce soit au cours d'un simple déplacement et/ou sur toutes aires de combats, pour un gala, un interclubs, une démonstration ou une compétition officielle, **(visé par cet accord parental, spécifique à la compétition de la Saison 2024/2025)**, si un des parents ou responsable légal ne serait pas joignable dans les délais impartis.

En cas de refus de soins, d'une intervention chirurgicale nécessaire, même bénigne, ou la non approbation de cette close, par le représentant, tuteur légal ou accompagnant du combattant(e), au moment des faits, aucune responsabilité ne pourrait être retenue, ni poursuite engagée envers la FBA-DA ou autre fédération, ni le club accueillant, le club organisateur ou un des membres de ces associations précitées.

NB : La simple signature de cette fiche donne accord sur cette convention

(1) Rayer les mentions inutiles

Faire précéder la signature de la mention,

« Le père, la mère, etc... Lu et approuvé **SIGNATURE**»



(Joindre **IMPERATIVEMENT** à ce document, la photocopie de la carte d'identité du tuteur ou représentant légal de l'enfant, au besoin celle de l'accompagnant.)

AUTORISATION PARENTALE et de SOINS (Moins de 18 ans)

Je soussigné (Le père, la mère, le tuteur légal)..... (1), autorise (Mon fils, ma fille).....(1) à s'adonner à la Boxe Américaine en Full ou Light contact / avec ou sans low Kick /Muay thaï /K1/ UFR ou toutes autres disciplines associées et pour toutes activités pugilistiques. **Accepte de faire pratiquer tous soins et/ou toutes interventions chirurgicales nécessaires, en cas d'accident en France ou à l'étranger.**

Que ce soit au cours d'un simple déplacement et/ou sur toutes aires de combats, pour un gala, un interclubs, une démonstration ou une compétition officielle, **(visé par cet accord parental, spécifique à la compétition de la Saison 2024/2025)**, si un des parents ou responsable légal ne serait pas joignable dans les délais impartis.

En cas de refus de soins, d'une intervention chirurgicale nécessaire, même bénigne, ou la non approbation de cette close, par le représentant, tuteur légal ou accompagnant du combattant(e), au moment des faits, aucune responsabilité ne pourrait être retenue, ni poursuite engagée envers la FBA-DA ou autre fédération, ni le club accueillant, le club organisateur ou un des membres de ces associations précitées.

NB : La simple signature de cette fiche donne accord sur cette convention

(1) Rayer les mentions inutiles

Faire précéder la signature de la mention,

« Le père, la mère, etc... Lu et approuvé **SIGNATURE**»