



ASSOCIATION **G**UERETOISE  
des  
**S**PORTS de **C**ONTACT

**Autorisation parentale de pratique de soin  
Saison 20..... /20.....**

Je soussigné(e) .....  
(Père, Mère, Responsable légal \*)

Autorise mon enfant.....  
(Nom, Prénom)

A pratiquer les disciplines de l'Association Guéretoise des Sports de  
Contacts.

A être soigné par un médecin si nécessaire dans le cadre des compétitions et  
activités fédérales.

A .....Le .....

Signature

\*Rayer les mentions inutiles