



## **Autorisation d'intervention chirurgicale (pour les mineurs)**

A conserver avec la licence et à présenter à chaque compétition

Je soussigné (e), Madame , Monsieur .....

agissant en tant que parent (ou tuteur) autorise la FFTA ou son représentant légal à faire pratiquer sur

.....

Né (e) le ...../...../.....

tout acte médical ou chirurgical d'urgence que nécessiterait son état.

J'accepte toute hospitalisation dans la structure hospitalière la plus proche ou la plus compétente.

Fait à .....

Le ...../...../.....

Personne à joindre en cas de besoin :

| Nom | Prénom | Père / Mère / Tuteur | Téléphone |
|-----|--------|----------------------|-----------|
|     |        |                      |           |
|     |        |                      |           |
|     |        |                      |           |
|     |        |                      |           |

Signature :