



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 :