



Fédération Française de Triathlon
Département médical
2, rue de la justice
93210 Saint Denis La Plaine
Tél : 01.49.46.13.50 Fax : 01.49.46.13.60
Email : contact@fftri.com

AUTORISATION PARENTALE

Pour l'année 200 /200

En cas d'urgence, les médecins obligés de pratiquer certains actes chirurgicaux, examens, anesthésies, demandent une autorisation écrite des parents. Si celle-ci fait défaut il leur faut demander l'autorisation au Juge des enfants ou Procureur de la République. L'attestation ci-dessous est destinée à éviter ces démarches.

JE SOUSSIGNE (E), LE RESPONSABLE LEGAL, MR/MME

NOM/PRENOM :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Professionnel :.....

Domicile:.....

Portable :

E-mail :.....

Autorise le médecin consulté, en cas d'urgence, à toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de santé de mon enfant :

NOM/PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

N° DE SECURITE SOCIALE :

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE :

Fait-le,

Signature du/des parent (s)
Précédée de la mention "Lu et approuvé"



Fédération Française de Triathlon
Département médical
2, rue de la justice
93210 Saint Denis La Plaine
Tél : 01.49.46.13.50 Fax : 01.49.46.13.60
Email : fftri@fftri.com

AUTORISATION PARENTALE

Pour les contrôles anti-dopage sanguins.

Pour l'année 200 / 200

JE SOUSSIGNE (E), LE RESPONSABLE LEGAL, MR/MME

NOM/PRENOM :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Professionnel :.....

Domicile:.....

Portable :

E-mail :.....

Autorise mon enfant :

NOM/PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

DISCIPLINE :

A subir des contrôles anti-dopage sanguins dans le cadre de son activité sportive de licencié(e) de la Fédération Française de Triathlon

Fait le,

Signature du/des parent (s)
Précédée de la mention "Lu et approuvé"