

AUTORISATION PARENTALE

Je soussig	nee :		
Demeura	nt à :		
Téléphone	e :		
Père	Mère	Autre (préciser)	
, ,			
N° de Lice	nce :		
	l'autorisation autique de Cro	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	organisée le 02 Novembre 2024 par le
hospitaliè	res vis-à-vis de	•	e toutes les dispositions médicales ou compris son transport dans un établissemen
hospitalie	r.		
-		s relatives au montant d e souscription de garan	es garanties associés à la licence de la FFVoile ties complémentaires.
Fait à :			Le :
Signature	:		