

Fédération Française de Natation
DEPARTEMENT MEDICAL
14 rue SCANDICCI
93 508 PANTIN CEDEX
☎ : 01.4183.87.45 ✉ : 01.41.83.87.46
Email : ouardia.carini@ffnatation.fr

AUTORISATION PARENTALE

Pour les contrôles anti-dopage sanguins.

(Titre II du règlement modifié relatif à lutte contre le dopage du Règlement intérieur de la FFN)

Pour l'année 200 / 200

JE SOUSSIGNÉ (E), LE RESPONSABLE LÉGAL, MR/MME

NOM/PRENOM :

Adresse :

Code Postal : Ville :

☎ Professionnel :

☎ Domiciles:.....

☎ Portable :

☎ Autre :

Autorise mon enfant :

NOM/PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

DISCIPLINE :

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

Fait le,

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

Signature de l'intéressé(e)
Précédée de la mention "Lu et approuvé"