



**FEDERATION FRANCAISE DE BASKET BALL**  
**COMITE DEPARTEMENTAL DE LA MARNE**  
**COMMISSION TECHNIQUE**

**AUTORISATION PARENTALE**

**LE SOUSSIGNE.....**

**RESPONSABLE DE L'ENFANT.....**

**AUTORISE LE DIRECTEUR DU STAGE A FAIRE PRATIQUER TOUS LES SOINS QUE  
POURRAIT NECESSITER L'ETAT DE MON ENFANT.**

**NOM DU MEDECIN DE FAMILLE.....**

**N° SECURITE SOCIALE.....**

**N° TEL. POUR APPEL D'URGENCE .....**

**Domicile .....**

**Travail.....**

**Autre.....**

**Fait à..... le.....**

**Signature des Parents**