



## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Mr, Mme .....

Autorise mon enfant .....

À pratiquer la Boxe au Ferney Boxing Club pour la saison 2024/2025.

Fait à .....

Le .....

**Signature**

## AUTORISATION MEDICALE

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie avoir examiné Mr/Mlle.....

Né(e) le ..... appartenant à l'association Ferney Boxing Club et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de la Boxe et autres sports de combat.

Fait à .....

Le .....

**Signature et cachet du médecin**