

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) :

père - mère - tuteur

demeurant
.....

AUTORISE LA PARTICIPATION ET LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE MON ENFANT :

NOM.....PRÉNOM.....

Pendant l'open de France Wing Chun organisé par la FFAEMC le 26 novembre 2023.

Contact en cas d'urgence :

Tél :/...../...../...../.....

Fait à, le/...../20..

Signature du représentant légal

Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »



Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des services fédéraux de la FFAEMC. Le destinataire des données est : la FFAEMC. Conformément au « Règlement Général à la Protection des Données » du 25 Mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser aux dirigeants de la FFAEMC. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.