

LUTTE CONTRE LE DOPAGE

AUTORISATION DE

PRELEVEMENT SANGUIN

Je soussigné(e) :

Demeurant (adresse complète) :

.....
.....
.....

Téléphone :

Père, mère, responsable légal¹ de l'enfant mineur :

Nom et prénom (de l'enfant) :

Licencié à la FFCK (numéro et club) :

.....

Autorise(nt), dans le cadre du programme de lutte contre le dopage, les médecins « Agent de Contrôle du Dopage » à contrôler l'enfant ci-dessus grâce aux moyens de dépistage en vigueur y compris par voie de prélèvement sanguin. Cette autorisation est valable jusqu'à la majorité de l'enfant.

Fait à

Le

Signature(s) précédée(s) de la mention « lu et approuvé »

Le père, la mère, le représentant légal¹

La sportive ou le sportif

¹ Rayer la (les) mention(s) inutile(s)