

**LUTTE CONTRE LE DOPAGE
AUTORISATION DE
PRELEVEMENT SANGUIN**

Je soussigné :

.....
.....,

Demeurant (adresse complète) :

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

Téléphone :

.....
.....

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

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

Nom et prénom (de l'enfant) :

.....,

Licencié à la FFCK (numéro licence 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 précité 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 Le sportif ou la sportive :