

# AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) :

Noms : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

De nationalité \_\_\_\_\_ Domicilié à \_\_\_\_\_

Titulaire de la CNI /Passeport N° \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Du \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ email adresse \_\_\_\_\_

En ma qualité de Père  Mère  Tuteur légal

Autorise mon fils :

\_\_\_\_\_

Né le \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Sélectionné par la KADJI SPORTS ACADEMY, BP 13001 Douala, en qualité de pensionnaire, autorise la K.S.A à faire pratiquer sur mon fils toute intervention chirurgicale présentant un caractère d'urgence.

En foi de quoi, je délivre la présente attestation pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature légalisée du parent**