

AUTORISATION PARENTALE
National Wingfoil – Calvi – 17 au 19 avril 2026

REPRÉSENTANT LÉgal

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Email : _____

PARTICIPANT MINEUR

Nom et prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Club : _____

N° de licence FFVoile 2026 : _____

AUTORISATION

Je soussigné(e), représentant(e) légal(e) du mineur désigné ci-dessus, autorise sa participation au **National Wingfoil**, organisé à **Calvi** du **17 au 19 avril 2026**, sous l'égide de la **Fédération Française de Voile**.

RESPONSABILITÉ – ASSURANCE – SANTÉ

Je certifie que le participant est titulaire d'une licence FFVoile 2026 valide, dispose de l'aptitude médicale requise et est couvert par l'assurance fédérale.

Je reconnais les risques inhérents à la pratique du Wingfoil et autorise les organisateurs à prendre toute mesure médicale d'urgence nécessaire.

DROIT À L'IMAGE

J'autorise la Fédération Française de Voile, les organisateurs et partenaires à utiliser les images prises dans le cadre de la compétition à des fins de communication.

☐ Oui ☐ Non

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / 2026

Nom du représentant légal : _____

Signature électronique :