

**LUTTE CONTRE LE DOPAGE**

**AUTORISATION DE**

**PRELEVEMENT SANGUIN**

Je soussigné : .....

Demeurant (adresse complète) :

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

Téléphone : .....

Père, mère, responsable légal<sup>1</sup> 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 légal<sup>1</sup>

Le sportif ou la sportive

---

<sup>1</sup> Rayer la (les) mention(s) inutile(s)