

**AUTORISATION PARENTALE ou  
du REPRESENTANT LEGAL du SPORTIF**

**POUR UN CONTRÔLE ANTI-DOPAGE NÉCESSITANT  
UNE TECHNIQUE INVASIVE  
(un prélèvement de sang notamment)**

**14 rue Scandicci  
93508 Pantin Cedex  
Tél. : 01 49 42 23 19  
Fax : 01 49 42 23 60**

**sante@fsgt.org**

**f FSGT sport populaire  
t FSGT officiel**

Chaque athlète mineur (H ou F) devra avoir sur lui lors de tout déplacement en stage, en compétition ou rassemblement, une copie de cette autorisation ainsi que sa Carte d'Identité Nationale et sa Licence FSGT.

**Article R232-52 – DU CODE DU SPORT**

*« Si le sportif contrôlé est un mineur ou un majeur protégé, tout prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment un prélèvement de sang, ne peut être effectué qu'au vu d'une autorisation écrite de la ou des personnes investies de l'autorité parentale ou du représentant légal de l'intéressé remise lors de la prise ou du renouvellement de la licence. L'absence d'autorisation est constitutive d'un refus de se soumettre aux mesures de contrôle. »*

Pour la saison 20\_\_ / 20\_\_

**Je soussigné, le représentant légal ; M / Mme :**

NOM – Prénom : .....

Adresse complète : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Tel domicile : ...../...../...../...../..... Tel portable : ...../...../...../...../.....

**Autorise l'enfant ou le majeur protégé :**

NOM – Prénom .....

Date de naissance : ...../...../.....

Discipline : .....

A subir des contrôles anti-dopage nécessitant une technique invasive dans le cadre de son activité sportive de licencié de la F.S.G.T. (Fédération Sportive et Gymnique du Travail)

Fait à ....., le ...../...../.....

*Signature du/des parent(s)  
ou du représentant légal,  
précédée de la mention  
« Lu et approuvé »*

*Signature de l'intéressé,  
précédée de la mention  
« Lu et approuvé »*