

**CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DES SPORTS**

Je soussigné Docteur en médecine :

Adresse :

Certifie avoir examiné (2) :.....

Age :

Qui ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités sportives en compétition.

Observations, conseils éventuels :

Date, signature et cachet

du médecin

Sur classement autorisé dans la catégorie d'âge immédiatement supérieur à la sienne

et pour l'activité :

Signature :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné,.....,

(père, mère, tuteur, représentant légal (1)

* autorise mon enfant (2) :..... ;

A participer aux activités de l'Association Sportive du Collège Vivant Denon,

Et le professeur responsable, l'entraîneur du Club, à faire pratiquer en cas d'urgence toute intervention médicale ou chirurgicale nécessaire.

Contre-indications médicales :

* Autorisation de Diffusion Autorise

(1) N'autorise pas

La publication des photographies
de mon enfant

Date :

Signature :

(1) Rayer la mention inutile - (2) indiquer : Nom Prénom