

Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur certifie avoir examiné
M, né (e) le et n'avoir constaté
aucune contre indication à la pratique des sports de disques volants,

- ☐ en loisir
- ☐ en compétition
- ☐ surclassé (e)
- ☐ doublement surclassé (e) -pour les jeunes de plus de 14 ans -

Cachet du médecin
(avec N° d'Ordre)

Signature

Date

Autorisation de soins pour les mineurs (à remplir par une personne exerçant l'autorité parentale)

SAISON 2014/2015

Je soussigné (e) père, mère, tuteur de
..... autorise l'accompagnateur désigné
par le club d'ultimate frisbee..... à faire pratiquer, pour lui (elle), tous les
soins urgents nécessaires en cas de problème de santé lors des activités proposées par le
club, à le (la) reprendre à la sortie d'un établissement de soins.

Signature