

## Modèle de Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur DUFOUR certifie avoir examiné  
M GRÉSARD Amis, né (e) le 02/04/83 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)

Docteur Pierre DUFOUR  
12A, rue du parc  
74100 ANNEMASSE  
741014153

Signature



Date

07/10/15

## 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

Nom de la personne à prévenir : .....  
Téléphone : .....