

# Modèle de Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur M. & C. SLIM WADALA, né (e) le 20/11/1998 et n'ayant 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 Anne ZURBACH  
7 rue Blaise Pascal - 74600 Seynod  
0450668430  
Adell 741036958 - RPPS 10003128609



Signature

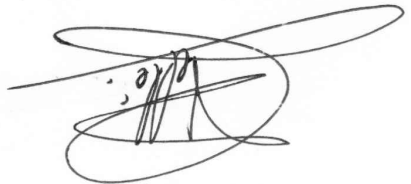
Date

le 15/09 2016

## **Autorisation de soins pour les mineurs** (à remplir par une personne exerçant l'autorité parentale) **SAISON 2016/2017**

Je soussigné (e) Laetitia et Romain Belle Caslin Wadala 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 : Laetitia Belle  
Téléphone : 06 65 34 14 10