

Modèle de Certificat Médical

Je soussigné(e) Docteur H. ODE..... certifie avoir examiné
M Mathieu OUCLOZ....., né (e) le 13/07/79 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

25/09/2015

Dr Michel HODE
74 - 1 - 01671 - 1
18, Ave Champ Fleuri 74600 SEYNOD
Tél. 04 50 52 16 37



Autorisation de soins pour les mineurs

(à remplir par une personne exerçant l'autorité parentale)
SAISON 2014/2015

Je soussigné (e) ~~Mathieu OUCLOZ~~..... 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 :.....