

Modèle de Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur CAMPAS Thierry certifie avoir examiné
M FORNE NICOLAS, né (e) le 30/08/1982 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 CAMPAS Thierry
N°74 10 3750 1
Résidence du Centre n°6
175, Rte des Ecoles
74410 SAINT-JORIOZ
Tél : 04 50 68 39 39

Signature



Date

08/09/15

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 :