

## Modèle de Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur ..... CAHUZAC ..... certifie avoir examiné  
M ..... BEUTIN Guillaume ..... né (e) le 21.10.1982 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)

Signature

Date

12 09 15

Dr Alain CAHUZAC  
20 av. de France  
74000 ANNECY  
Tél. 04 50 66 09 70  
Fax 04 50 09 77 37  
N° 74 1 01299 1

CAHUZAC

## 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 : .....