

## Modèle de Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur BOULLAND certifie avoir examiné  
M BODEREAU SEBASTIEN né (e) le 3/12/82 et n'avoir constaté  
aucune contre indication à la pratique des sports de disques volants,

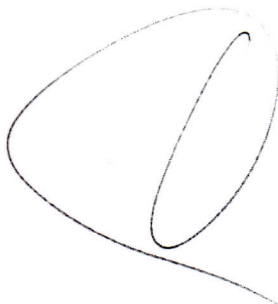
- ☐ en loisir
- ☒ en compétition
- ☐ surclassé (e)
- ☐ doublement surclassé (e) - pour les jeunes de plus de 14 ans -

Cachet du médecin  
(avec N° d'Ordre)

*Dr Patrick Boulland*  
26, rue Royale  
74000 Annecy

Tél. 04 50 45 14 92 Fax 04 50 45 44 38  
74 1 01223 1

Signature



Date

9. 9. 2015

## 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 : .....