

Modèle de Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur CAHUZAC certifie avoir examiné
M JEAN-LOUIS, né (e) le 23/05/85 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

12/09/16

Dr Alain CAHUZAC
25 av. de France
34000 MONTPELLIER
Tél. 04 37 06 09 70
Fax 04 37 09 77 37
INSEE 34 01 01200 1



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 :