

Modèle de Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur certifie avoir examiné
M Mathis DECHAUD....., né (e) le 20/05/02 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 RADIGUET Cécile
Médecin généraliste remplaçant
RPPS: 10100835916

Signature

Date

13/10/18

Dr Gaëlle CONTARDO
100, chemin des Prés Bouvaux
74600 SEYNOD
Tél. 04 50 52 93 41
74 1 98448 8 / 10005060495

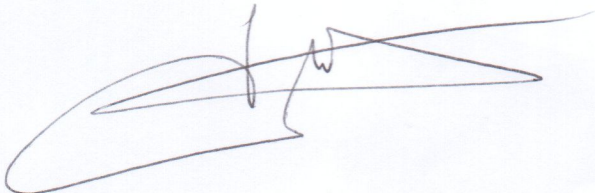
Autorisation de soins pour les mineurs

(à remplir par une personne exerçant l'autorité parentale)

SAISON 2014/2015

Je soussigné (e) Jean Marc DECHAUD..... père, mère, tuteur de
Mathis DECHAUD..... 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 : 07 81 11 97 17