

Modèle de Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur KARABABA Deniz certifie avoir examiné
M LERAT mickael né (e) le 02.12.84 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 Deniz KARABABA
30, rue des Mouettes
74940 ANNECY-LE-VIEUX
Tél. 04 50 23 17 22
74 10 4546 2

Signature



Date

05/09/2015

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 :