

## Modèle de Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur ..... *Dumont Floriane* ..... certifie avoir examiné  
M ..... *LANDRAGIN* ..... *Collet* ....., né (e) le ..... 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 Floriane DUMONT  
MEDECINE GENERALE  
74 100 359 4  
21 Av du Rhône - 74000 ANNECY  
Tél: 04 50 27 72 62

Signature



Date

*15/09/2016*

## 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 : .....