



**CERTIFICAT de NON CONTRE INDICATION
à la PRATIQUE SPORTIVE
EN COMPETITION**

Je soussigné (e)

Docteur en médecine.

Certifie avoir examiné

né (e) le

Et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique des Sports suivants en compétition

(Rayer seulement les sports contre-indiqués) :

- | | |
|-----------------|----------------|
| - Football | - Badminton |
| - Hand-Ball | - Natation |
| - Squash | - Volley-Ball |
| - Course à pied | - Self-Defense |

Fait à le.....

Cachet et signature du médecin

AUTORISATION DU REPRESENTANT LEGAL POUR LES MINEURS

Je soussigné(e).....

représentant légal du mineur :.....

- l'autorise à participer aux activités de l'Association CARGO.

- autorise l'accompagnateur, à faire pratiquer en cas d'urgence, une intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité.

Numéro de téléphone pour contact d'urgence : :.....

Fait àle..... Signature :