CERTIFICAT de NON CONTRE INDICATION à la PRATIQUE SPORTIVE EN COMPÉTITION

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
- Basketball
- Boxe française

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 à ……..…….le.....Signature :