



## RIBERAL ATHLETIC CLUB

Association sportive agréée par la Fédération Française d'Athlétisme et l'UFOLEP

### A U T O R I S A T I O N P A R E N T A L E

Je soussigné : \_\_\_\_\_

autorise mon fils ma fille (rayer la mention inutile) : \_\_\_\_\_

à pratiquer l'athlétisme.

- J'autorise la prise de vues et la publication des images sur lesquelles mon enfant (ou moi-même) apparaît, ceci sur différents supports (écrits, électroniques, audio visuels, etc ...) et ceci sans limitation de durée
- J'autorise le responsable à faire appel à un médecin ou à faire transporter mon enfant dans un établissement hospitalier, en cas d'accident, et donne autorisation de décision si l'accident arrive dans un autre département

Allergies éventuelles aux médicaments : \_\_\_\_\_

### PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

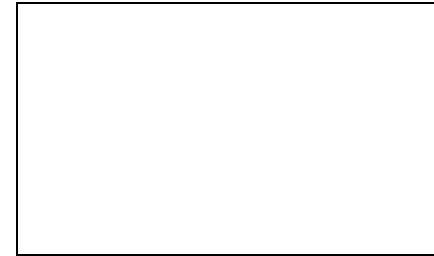
Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature :

## RIBERAL ATHLETIC CLUB

Association sportive agréée par la Fédération Française d'Athlétisme et l'UFOLEP

### C E R T I F I C A T M E D I C A L



Zone réservée au cachet du  
médecin

Je soussigné Docteur : \_\_\_\_\_

Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de : \_\_\_\_\_

Né le : \_\_\_\_\_

Effectué ce jour ne révèle pas de contre-indication à la pratique de  
l'athlétisme en compétition.

Etabli à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature du médecin