

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) apparait, 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 :

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