

## Modèle de Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur ..... certifie avoir examiné  
M ....., né (e) le ..... et n'avoir constaté  
aucune contre indication à la pratique de disques volants l'ultimate frisbee,

- en loisir
- en compétition
- surclassé (e)
- doublement surclassé (e) - pour les jeunes de plus de 14 ans -

Cachet du médecin  
(avec N° d'Ordre)

Signature

Date

## 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 :.....