



A remettre au CLUB dûment complété

Certificat médical et autorisation parentale

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE EN COMPETITION

Je soussigné(e)

Docteur en médecine, demeurant

certifie avoir examiné né (e) le

et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent **contre -indiquant** la pratique de l'escrime en compétition :

Fait àle

Cachet et signature du médecin

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) père, mère, tuteur, représentant légal (1)

- autorise (2).....

à participer aux activités de l'Association Sportive (3)

- autorise le Professeur responsable ou l'accompagnateur, à faire pratiquer en cas d'urgence, une intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité (4).

Fait àle

Signature :

(1) - Rayer la mention inutile.

(2) - Indiquer nom-prénom du licencié.

(3) - Indiquer nom de l'établissement.

(4) - Rayer en cas de refus d'autorisation.

*Pour tous contacts : CEW, Cité des sports, Rue Amédée Prouvost 59150 WATTRELOS, le mardi et le vendredi soir de 19h00 à 20h30
Tel : 03 62 28 59 07 ; Email : Club@escrime-wattrelos.fr ; Site web : www.escrime-wattrelos.fr*

