

ASSOCIATION SPORTIVE DU LYCEE GUILLAUME FICHET

TOUTES LES INFOS SUR

<http://aslgf.free.fr>

Autorisation Parentale

Je soussigné(e) père, mère, tuteur, représentant
légal autorise (nom et prénom) né(e) le / /
à participer aux activités de l'association sportive et :

- j'autorise le responsable à faire pratiquer une intervention médicale ou chirurgicale en cas d'urgence Oui Non
- j'autorise la diffusion de mon image sur le site internet de l'association sachant que toute pourra néanmoins être supprimée sur simple demande Oui Non
- je règle la licence avec l'assurance de base à 10 € ou l'assurance « SPORT+ » au tarif de 19€95 (si possible par chèque à l'ordre de « association sportive du lycée guillaume fichet) 9€95 19€95

Fait à le / Signature :

Certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive en compétition

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 des sports suivants en compétition (attention : ne rayer que les sports contre-indiqués) :

- Sports collectifs :
basket-ball, football, handball, tchoukball, hockey sur gazon, rugby, volley-ball
- Sports d'expression:
danse, GRS
- Sports de combat:
boxe française, boxe, escrime, judo, lute
- Sports de balle:
badminton, tennis, tennis de table, squash, pelote basque, base-ball
- Sports d'eau :
natation, planche à voile, voile, aviron, canoé-kayak, rafting
- Sports natures:
course d'orientation, golf, ski alpin, ski nordique, surf, luge, escalade, spéléologie
- Sports individuels :
athlétisme, biathlon, triathlon, cross, cyclisme, VTT, haltérophilie, tir à l'arc, roller, sports équestres, sports de boules, sports de quilles, pentathlon UNSS, techniques de cirque, trampoline,
- Autre (préciser) :

NB : Pour les sports ne figurant pas sur la liste ci-dessus et qui nécessitent un examen spécial préalable à la délivrance d'une licence (exemple : plongée, vol libre), il convient de se référer à la législation en vigueur dans la fédération concernée.

Fait à , le / / Cachet et signature du médecin :