

Trail "Le Free GO"

CERTIFICAT MEDICAL

De NON CONTRE-INDICATION à la PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné (e)

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné :

Mr. / Mme.....

Né (e) le.....A.....

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique du sport en compétition -de l'athlétisme en compétition ou de la course à pied en compétition-.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis ce jour en main propre.

Fait à :.....le.....

Signature et cachet du Médecin

*Le décret n° 2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport porte à 3 ans la validité de ce document **UNIQUEMENT pour le renouvellement d'une licence sportive.***

*Pour une participation à une compétition sportive des non-licencié(e)s , un certificat médical **daté de moins d'un an au jour de la compétition reste obligatoire.***

Trail “Le Free GO”

**AUTORISATION PARENTALE
POUR LA PRATIQUE SPORTIVE (rev.2021)**

Je soussigné (e), -*Père, *Mère, *Tuteur, *Tutrice- (*rayer les mentions inutiles)

Mr. Ou Mme NOM :.....Prénom :.....

Demeurant

A.....

Agissant(e) en qualité de.....

Autorise la personne mineure désignée et identifié ci-après à participer à la compétition énoncée ci-dessous et j’atteste que chacune des rubriques du questionnaire santé du sportif mineur ou sportive mineure donne lieu à une réponse négative.

Nom.....Prénom.....

Né (e) le.....à.....

Compétition organisée le 4 février 2024 // A Montfaucon-Montigné

Je certifie avoir l’autorité parentale sur cet enfant.

Fait à :.....le :.....

Signature