

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur.....
Certifie avoir examiné ce jour :né(e)le.....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de l'Athlétisme en compétition.

Je l'informe de l'obligation de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage un dossier d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

Fait à le/2016



AUTORISATION PARENTALE pour les Mineurs

Je, soussigné,parent (s), tuteur(s) ou représentant(s)
De l'enfantné(e) le.....

1. Autorise à suivre les activités du Labruguière AC de sa catégorie d'âge.
2. Autorise à participer aux déplacements organisés par le Labruguière AC ou le Tarn Sud Athlétisme.
3. Autorise que les photos de mon enfant prises dans le cadre des activités organisées soient publiées sur le site internet du club et dans ses publications.
4. Autorise l'encadrement à prendre toutes mesures d'urgence en cas d'accident ou de blessure.

Etablissement scolaire où est inscrit mon enfant :

Nom et n° de téléphone des personnes à contacter en cas d'urgence.

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. Nom | Prénom..... |
| lien de parenté | Téléphone..... |
| 2. Nom | Prénom..... |
| lien de parenté | Téléphone..... |
| 3. Nom | Prénom..... |
| lien de parenté | Téléphone..... |

Fait à le/2016

Signature :