

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) : ..... docteur en médecine demeurant à .....

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 :  
(rayer les sports contre indiqués).

## S P O R T S

### COLLECTIFS

foot-rugby  
basket-hand  
volley ball

### DE RAQUETTE

tennis  
tennis de table  
badminton

### DE COMBAT

lutte  
judo  
boxe

### ATHLÉTIQUES

athlétisme  
cross  
musculation

### NAUTIQUES

natation  
canoë  
voile - surf

### APPN

escalade  
orientation  
VTT - tir

Autres : .....

Date : ..... / ..... / .....

Cachet et Signature du Médecin,



## ENGAGEMENT SPORTIF

À remettre lors de l'inscription à l'Association sportive.

### Je m'engage à :

- ⇒ Jouer loyalement, sans violence, et rester maître de moi.
- ⇒ Respecter les installations et les transports mis à ma disposition.
- ⇒ Respecter mes adversaires en restant modeste, honnête, beau joueur.
- ⇒ Respecter mes partenaires, en tenant mes engagements de début d'année.
- ⇒ Respecter l'arbitre, le juge, en acceptant toutes ses décisions.
- ⇒ **Respecter ce contrat** et à représenter le mieux possible ma classe, mon équipe, mon établissement, ma ville, lors de toutes manifestations sportives.

**Nom** .....

Signature de l'élève,

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (Nom, Prénom)

Mme - M. : .....

autorise mon enfant : .....

- ⇒ à participer aux activités de l'Association Sportive de son établissement.
- ⇒ autorise le professeur responsable ou l'accompagnateur, à prendre, en cas d'accident, toute mesure dictée par l'urgence.

Fait à .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature,