



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur en médecine,

Certifie avoir examiné l'enfant :

Né(e) le : / /

Et n'ayant constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique des sports suivants en compétition (rayer les sports contre-indiqués) :

<i>Sports collectifs</i>	<i>Sports de raquette</i>	<i>Sports gymniques</i>	<i>Sports de combat</i>	<i>Sports athlétiques</i>	<i>Activités de pleine nature</i>
-VOLLEY BALL -BASKET BALL -HAND BALL	-TENNIS -BADMINTON -TENNIS de TABLE	-GYM -ACROGYM	-JUDO -BOXE -LUTTE	- COURSES -CROSS -LANCERS -SAUTS	-ESCALADE -VTT -VOILE -PLANCHE à VOILE -COURSE d'ORIENTATION - TIR à L'ARC - NATATION

Fait à le / /

CACHET et SIGNATURE du MEDECIN

Je m'engage à :

- Etre assidu(e) aux entraînements comme aux compétitions.
- En cas d'absence, prévenir le professeur responsable à l'avance et si possible 48h avant la compétition.
- Jouer loyalement, sans violence, et à rester maître de moi-même.
- Respecter les installations et les transports mis à ma disposition.
- Respecter mes adversaires en restant fair play.
- Respecter les arbitres et les juges en acceptant toutes les décisions.
- Respecter ce contrat et à représenter le mieux possible mon équipe et mon établissement lors de toutes les manifestations.

Signature de l'élève

