

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur

Certifie que : Mr, Mme

Agé de :

Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du sport suivant « **en compétition** » :

Case(s) à cocher	<input checked="" type="checkbox"/>	Swimrun / Triathlon / Raid Multisport
	<input type="checkbox"/>	Autres disciplines :
	<input type="checkbox"/>	Autres disciplines :

Attestation faite pour valoir ce que de droit.

Le : \_\_\_\_\_

A : \_\_\_\_\_

Signature Médecin	Tampon Cabinet
-------------------	----------------

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e),

Demeurant

Agissant en qualité de père / mère / tuteur, autorise ma fille / mon fils (rayer l'mention inexacte)  
mineur(e) nommé(e) ci-dessous :

Nom

Prénom

Né(e) le :

A participer au Swimrun Côte Vermeille

Le : \_\_\_\_\_

A : \_\_\_\_\_

Signature Représentant légal