UNSS
UNION NATIONALE DU SPORT SCOLAIRE
EURE et LOIR

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE - INDICATION À LA PRATIQUE SPORTIVE EN COMPÉTITION UNSS

Je soussigné(e).....

Docteur en Médecine, demeurant :.....

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 UNSS :

(rayez seulement les sports contre indiqués)

Sports collectifs
Base ball
Basket ball
Foot ball
Hand ball
Rugby
Volley ball

Sports d'expression
Aérobic
Danse
Gymnastique Artistique
Gymnastique rythmique et Sportive

Sports duels
Boxe
Boxe Française
Escrime
Judo
Lutte

Sports de balle
Badminton
Tennis
Tennis de table
Squash

Sports de Plein air
Aviron
Canoë-Kayak
Escalade
Equitation
Golf
Planche à Voile
Voile

Autres sports individuels
Athlétisme
Biathlon
Triathlon
Cross
Cyclisme, VTT
Natation
Haltérophilie
Tir à l'Arc
Patins à roulettes
Techniques de cirque

Autres sports (à préciser) :.....

N.B. : Pour les sports ne figurant pas sur la liste ci-dessus, et qui nécessitent un examen spécial préalable à la délivrance d'une licence (exemple : plongée, vol libre...), il convient de se référer à la législation en vigueur dans la fédération concernée.

Fait à :.....le...../...../ 20...
Cachet et signature du médecin :

UNSS
UNION NATIONALE DU SPORT SCOLAIRE
EURE et LOIR

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) :.....

père, mère, tuteur, représentant légal (1)

Adresse :.....

.....

Tél. du domicile :..... du travail :.....

Personne à contacter en cas d'urgence :.....

Tél. :.....

- autorise (2) :.....

à participer aux activités de l'association sportive (3)

.....

- autorise le professeur responsable ou l'accompagnateur, à faire pratiquer en cas d'urgence une intervention médical ou chirurgicale en cas de nécessité (4)

- autorise (2) :.....

à figurer sur des photos prises lors de compétitions ou animations sportives organisées dans le cadre de l'UNSS et diffusées au sein de l'établissement ainsi que sur le site internet du Lycée des Métiers SULLY. (4)

Fait à :..... le ...../...../ 20....

Signature

(1) rayer la mention inutile
(2) indiquer : Nom et prénom du licencié
(3) indiquer le nom de l'établissement
(4) rayer en cas de refus d'autorisation

cotisation 17 €
1 photo identité
ordre : AS LPI NOGENT