

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné(e), _____,

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné Mr/Mme

Né(e) le _____

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique du football

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres le _____

À _____

Signature et Cachet du Médecin

**AUTORISATION PARENTALE
D'INSCRIPTION D'UN ENFANT MINEUR**

PARENT

Je Soussigné(e) : Mme Melle Mr

Nom :

Prénom :

Téléphone :

E-mail :

ENFANT

Autorise Mon Enfant :

Nom :

Prénom :

Date De Naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Sexe : |_| M |_| F

Adresse complète :