CERTIFICAT MEDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DES ACTIVITES GYMNIQUES DE LA
FEDERATION FRANCAISE DE GYMNASTIQUE

Je soussigné(e) Docteur……, Docteur en médecine générale certifie que l'état de santé d e:

Mr Mme Mlle NOM
PRENOM
DATE NAISSANCE

ne contre indique pas à la date du……., la pratique des activités gymniques de la fédération française de gymnastique.

DATE : ……

CACHET PROFESSIONNEL SIGNATURE

AUTORISATION PARENTALE POUR MINEURS

1 - TRAJETS

Je soussigné(e),……., père, mère ou tuteur (1) autorise ma fille ……... à pratiquer la gymnastique au sein de l'association HEGAL EGIN et à participer aux déplacements prévus par le calendrier des compétitions ou stages (automobilistes bénévoles ou transporteur) et m'engage à ne pas tenir pour responsable le dirigeant ou bénévole qui véhiculerait avec sa voiture personnelle et pour les besoins de l'activité l'enfant cité ci-dessus.

2 - ACCIDENT

2 - J'autorise tout dirigeant de l'association HEGAL EGIN à prendre en mon nom et en cas d'urgence les mesures nécessaires à l'état de santé de l'enfant …….. et en particulier à le diriger vers l'établissement hospitalier le plus proche

Etablissement souhaité :…….

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

…… téléphone : ……
…… téléphone : ……
…… téléphone : ……
…… téléphone : ……

Fait à …….. le ……
Signature des parents (précédée de la mention « Lu et approuvé ») :

3 - PHOTOS / MEDIAS

J'autorise les responsables du Club à prendre en photos ou filmer mon enfant en vue de les intégrer sur le site internet, calendrier , panneaux affichage. OUI / NON

Fait à …….. le ……
Signature des parents (précédée de la mention « Lu et approuvé ») :