



Athletic Sportif Maher
Maison des Associations du 18e
Paris 75018
Email : athlete_sportif@hotmail.fr
Site : www.athletic-sportif.com

**Inscription – Cotisation
Saison 2017-2018**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur.....

Demeurant.....

Certifie avoir examiné.....

Demeurant.....

Et n'avoir constaté aucune contre indication à la pratique de l'athlétisme, et des disciplines enchaînées que ce soit en compétition et à l'entraînement.

Fait àle

Signature et cachet du médecin :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) NOM.....PRENOM.....

Demeurant.....

Agissant en qualité dede l'enfant.....

- autorise mon enfant à participer à toutes les activités de la Structure Athletic Sportif Maher.
- Autorise tous déplacements pendant la saison.
- Je m'engage à prendre toutes les dispositions nécessaires pour déposer et reprendre mon ou mes enfants sur les lieux et horaires d'entraînements, ainsi qu'aux lieux de rendez-vous pour les déplacements.
- autorise un des responsables du club, le cas échéant, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations)*.

Fait àle.....

Faire précéder la mention « Lu et Approuvé »

Signature du représentant légal

* En cas de contre indication médicale, prière d'en informer le Coach Athlé Santé par écrit.