



**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 :...../...../19.....

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...../...../ 200....

Cachet et signature du médecin :



**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 médicale ou chirurgicale en cas de nécessité (4)

Fait à :..... le/...../ 200....

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