

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e).....

Mère, père, tuteur, représentant légal (rayer la mention inutile)

Autorise ☐ Mon fils ☐ Ma fille ☐ Autre :

Nom : Prénom :

Né(e) le : / /

Structure fréquentée

À participer aux épreuves du Raid Ados 92 organisées par le Département des Hauts-de-Seine les 3 et 4 mai 2023.

Certifie que mon enfant sait nager.

Je déclare, sincères et exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise les organisateurs responsables si la situation l'exige, à se substituer à moi si une maladie ou un accident survenait à mon enfant pour faire appel à un médecin et à le faire admettre dans un hôpital ou une clinique.

Dans le cas où il me serait impossible d'être présent(e) en temps utile, j'autorise le médecin ou le chirurgien à pratiquer toute intervention jugée indispensable, même sous anesthésie générale.

J'accepte en outre que mon enfant soit transporté dans l'établissement, hôpital ou clinique, le plus proche.

Nom, adresse et numéro de téléphone de la personne autre à prévenir en cas d'incident :

Fait à Le

Signature

CERTIFICAT MEDICAL

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 :

(Rayer les sports contre-indiqués)

- COURSE A PIED (sprint et endurance)
- VTT
- EPREUVE NAUTIQUE : Canoë
- ESCALADE / SLACKLINE
- RANDONNEE PEDESTRE
- COURSE D'ORIENTATION
- TIR A L'ARC
- SARBACANE

Fait à : Le :

Merci de préciser le nombre de sports contre-indiqués rayés (si celui-ci n'est pas précisé par le médecin, le certificat médical sera considéré non-valable) :

Cachet et signature du médecin

(N.B : le présent certificat médical est valable pour le Raid Ados 92)