



SECTION ATHLETISME SAISON 2024-2025

40 rue de l'Orme au Charron
77340 Pontault-Combault
umspcathle.free.fr



CERTIFICAT MÉDICAL ANNUEL PRÉALABLE À LA PRATIQUE DE L'ATHLÉTISME

Je soussigné(e) Docteur

Demeurant au

Code Postal Ville

Certifie avoir examiné

Et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes cliniques apparents contre-indiquant **la pratique de l'athlétisme en compétition***.

Fait à.....Le.....

Signature et Cachet du Médecin

Allergies connues.....

Médicaments contre-indiqués

**Mention obligatoire*

AUTORISATION DU RESPONSABLE LÉGAL (pour les mineurs)

Je soussigné(e) NOM Prénom

Responsable légal de l'enfant

Autorise celui-ci (celle-ci) :

- À participer à diverses compétitions tout au long de l'année OUI NON ⁽¹⁾
- À être, exceptionnellement, véhiculé(e) par les responsables de la section ou des parents accompagnateurs..... OUI NON ⁽¹⁾
- À venir et repartir seul(e) de l'entraînement..... OUI NON ⁽¹⁾

Autorise les dirigeants de l'UMS Athlétisme à photographier, filmer mon enfant et utiliser ces documents pour des expositions ou pour le site internet du club, ceci dans un but non lucratif OUI NON ⁽¹⁾

Autorise, en cas d'urgence, les responsables, dirigeants ou entraîneurs, à prendre toutes les mesures nécessaires, et en particulier, à faire conduire mon enfant à l'hôpital OUI NON ⁽¹⁾

S'engage, avant de laisser son enfant sur le lieu d'entraînement, à s'assurer de la présence de l'entraîneur ou à défaut d'un membre du bureau de l'UMS Athlétisme, si tel n'était pas le cas, en cas d'incident/d'accident, la responsabilité du club ne saurait être engagée OUI NON ⁽¹⁾

Reconnais avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de la Section Athlétisme OUI NON ⁽¹⁾

Fait à le

Signature du responsable légal, précédée de la mention « Lu et approuvé »

⁽¹⁾ Cochez la case correspondante