**CERTIFICAT MEDICAL**

 **Certificat Médical validé sur le site de la Fédération Française d’Athlétisme pour 3ans.**

Je soussigné, Docteur………………………………………………………………………………………

Certifie avoir examiné ce jour : ………………………………………………né(e)le……………………………..

Et n’avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de l’Athlétisme en compétition.

Je l’informe de l’obligation de déposer auprès de l’Agence Française de Lutte contre le Dopage un dossier d’Autorisation d’Usage à des fins Thérapeutiques en cas d’utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d’entrainer une réaction positive lors d’un contrôle antidopage.

Fait à …………………………….. le ……………………../20 …

Cachet du Médecin et Signature du Médecin

**AUTORISATION PARENTALE pour les Mineurs**

Je, soussigné, …………………………………………..parent (s), tuteur(s) ou représentant(s)

De l’enfant ……………………………………………………….né(e) le………………………………..

1. Autorise à suivre les activités du Labruguière AC de sa catégorie d’âge.

2. Autorise à participer aux déplacements organisés par le Labruguière AC ou le Tarn Sud Athlétisme.

3. Autorise que les photos de mon enfant prises dans le cadre des activités organisées soient publiées sur le site internet du club et dans ses publications.

4. Autorise l’encadrement à prendre toutes mesures d’urgence en cas d’accident ou de blessure.

Etablissement scolaire où est inscrit mon enfant : ………………………………………………………….

Nom et n° de téléphone des personnes à contacter en cas d’urgence.

1. Nom Prénom………………………………….

lien de parenté Téléphone…………………………………..

1. Nom Prénom………………………………….

lien de parenté Téléphone…………………………………..

1. Nom Prénom………………………………….

lien de parenté Téléphone…………………………………..

Fait à …………………………….. le ……………………../20…

Signature :