

# CERTIFICAT MEDICAL de SURCLASSEMENT

Je soussigné(e) .....

Docteur en Médecine demeurant .....

Certifie avoir examiné .....né(e) le .....

et l'autorisation à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure dans le ou les sports suivants :

.....

.....

.....

.....

Fait à.....le .....

**Cachet et signature du médecin**

**Ce certificat est à présenter obligatoirement avant toute compétition.**

---

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) .....père, mère, tuteur, représentant légal (1)

- 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 .....

**Signature**

(1) Rayer la mention inutile

(2) Indiquer Nom-Prénom du licencié

(3) Indiquer Nom de l'Etablissement

(4) Rayer en cas de refus d'autorisation

**CERTIFICAT MEDICAL de NON CONTRE INDICATION à la PRATIQUE SPORTIVE en COMPETITION**

Je soussigné(e) .....

Docteur en Médecine demeurant .....

Certifie avoir examiné .....

Et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique des sports suivants en compétition :

(Rayer seulement les sports contre indiqués)

<b><u>SPORTS COLLECTIFS</u></b>	<b><u>SPORTS DE BALLE</u></b>	<b><u>AUTRES SPORTS INDIVIDUELS</u></b>
Basket-Ball	Badminton	Athlétisme
Base-Ball	Pelote Basque	Biathlon
Football	Tennis	Triathlon
Handball	Tennis de Table	Cross
Tchoukball	Squash	Cyclisme VTT
Hockey sur gazon	<b><u>SPORTS DE PLEIN AIR</u></b>	Natation
Rugby	Aviron	Haltérophilie
Volley-Ball	Canoë-Kayak	Tir à l'Arc
<b><u>SPORTS d'EXPRESSION</u></b>	Course d'Orientation	Patins à roulettes
Trampoline	Golf	Sports équestres
Danse	Planche à voile	Sports de boules
Gymnastique	Voile	Sports de quilles
<b><u>SPORTS DUELS</u></b>	Ski Alpin	Bike and Run
Boxe Française	Ski Nordique	Pentathlon UNSS
Boxe	Escalade	Techniques de cirque
Judo	Spéléologie	
Lutte	Autres (à préciser)	

**NB :** pour les sports ne figurant pas sur la liste ci-dessus et nécessitant un examen spécial préalable à la délivrance d'une licence (exemple : Plongée, Vol libre), se référer à la législation en vigueur dans la fédération concernée.

Fait à.....le .....

Cachet et signature du médecin

**CERTIFICAT MEDICAL de NON CONTRE INDICATION à la FONCTION de JEUNE OFFICIEL**

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 l'exercice de la fonction de :

\* arbitre (1) \* juge (1) \* chronométrateur (1) \* marqueur (1) dans le ou les sports suivants :

(1) Rayer la ou les mentions inutiles

(Rayer seulement les sports contre indiqués)

<b><u>SPORTS COLLECTIFS</u></b>	<b><u>SPORTS DE BALLE</u></b>	<b><u>AUTRES SPORTS INDIVIDUELS</u></b>
Basket-Ball	Badminton	Athlétisme
Base-Ball	Pelote Basque	Biathlon
Football	Tennis	Triathlon
Handball	Tennis de Table	Cross
Tchoukball	Squash	Cyclisme VTT
Hockey sur gazon	<b><u>SPORTS DE PLEIN AIR</u></b>	Natation
Rugby	Aviron	Haltérophilie
Volley-Ball	Canoë-Kayak	Tir à l'Arc
<b><u>SPORTS d'EXPRESSION</u></b>	Course d'Orientation	Patins à roulettes
Trampoline	Golf	Sports équestres
Danse	Planche à voile	Sports de boules
Gymnastique	Voile	Sports de quilles
<b><u>SPORTS DUELS</u></b>	Ski Alpin	Bike and Run
Boxe Française	Ski Nordique	Pentathlon UNSS
Boxe	Escalade	Techniques de cirque
Judo	Spéléologie	
Lutte	Autres (à préciser)	

**NB :** pour les sports ne figurant pas sur la liste ci-dessus et nécessitant un examen spécial préalable à la délivrance d'une licence (exemple : Plongée, Vol libre), se référer à la législation en vigueur dans la fédération concernée.

Fait à.....le .....

Cachet et signature du médecin