

## **DECLARATION DE VISITE CHEZ LE MEDECIN**

### **DECLARATION (partie réservée aux parents et joueur)**

Je soussigné.....(nom et prénom  
du parent ou du tuteur)

certifie que le joueur .....est APTE à la pratique sportive  
concernée ;

accorde délégation d'autorité au responsable des activités et l'autorise à prendre toute  
mesure utile en cas d'accident ou de maladie ;

certifie avoir pris connaissance de la ligne de conduite 2011/2012 des équipes d'âge du  
Royal

Football Club Luingnois et m'engage à en respecter tous les points ;

accepte que le club publie sur son site Internet des photos du joueur dans le cadre de  
son activité football.

Date .....

Signature du père ou du tuteur.

Signature du joueur.

### **CERTIFICAT MEDICAL (partie réservée au médecin)**

Je soussigné ....., Docteur en médecine à  
.....

Certifie avoir examiné aujourd'hui M.....né le .....  
et habitant .....

code postal .....

et déclare qu'il est APTE à pratiquer le football.

Fait à ....., le .....

Cachet + Signature

## **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

- ☞ Groupe sanguin : .....
- ☞ A-t-il reçu un sérum antitétanique ?  oui  non
- ☞ Date du dernier vaccin contre le tétanos : .....
- ☞ Le joueur est-il allergique à certains médicaments ? .....

Si OUI, veuillez préciser : .....

.....

- ☞ Précisions supplémentaires éventuelles : .....

.....

Médecin traitant (Nom et téléphone) : .....

.....