

**Certificat médical de non contre indication  
à la pratique sportive en compétition**

Je soussigné(e) ..... Docteur en médecine,  
certifie avoir examiné le ....., NOM ....., Prénom.....,  
Né(e) le ..... et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre  
indiquant la pratique des sports UNSS en compétition.

Signature et Cachet

**Autorisation parentale**

- Je soussigné(e) ....., père, mère, tuteur, représentant légal
- autorise NOM .....,Prénom.....
  - Né(e) le .....Classe .....
  - Adresse..... adresse mél.....
  - Numéro de téléphone (fixe) :.....
  - Numéro de portable élève :.....
  - à pratiquer les activités suivantes de l'Association Sportive du Lycée Ribot :

Activités	Jour	Heures
.....		

- autorise le professeur responsable ou accompagnateur à prendre toutes les mesures utiles en cas d'accident (hospitalisation ...).
- autorise les professeurs d'EPS à publier des photographies de mon fils ,de ma fille sur le site unss du district .

Fait à ....., le .....

Signature