



AUTORISATION MEDICALE

Stage Été



DU LUNDI 04 JUILLET AU VENDREDI 08 JUILLET 2011


NOM : Prénom : Date de Naissance :...../...../.....


Groupe sanguin : Allergie(s)

ANTECEDENTS MEDICAUX :


Asthme 

Otite 

Angine 

Spasmophilie 

Epilepsie 

Migraines 

Autres :

**Si l'enfant doit suivre un traitement particulier pendant le stage,
fournir une photocopie de l'ordonnance lors de votre arrivée.**

Je soussigné, Docteur

Certifie que l'enfant.....:

- ne présente aucune contre-indication à la pratique du Football.
- Est apte à la vie en société.

Fait à

Le.....

Signature et cachet du médecin :