



ASSOCIATION SPORTIVE
DU
LYCEE DE RADINGHEM

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)
Père, Mère, Tuteur, Représentant légal (1)

✓ Autorise, mon fils, ma fille (2)
à participer aux activités de l'Association Sportive du Lycée Agricole de
RADINGHEM,

✓ Autorise le professeur responsable à publier des photos de mon enfant,
réalisées lors d'entraînements ou de compétitions, sur le site internet de
l'Association Sportive (3)

✓ Autorise le professeur responsable, lors de compétitions ou
d'entraînements, à emmener les élèves avec les véhicules du lycée ou son
véhicule personnel

✓ Autorise le professeur responsable, ou l'accompagnateur, à faire
pratiquer en cas d'urgence, une intervention médicale ou chirurgicale en cas
de nécessité (3)

Fait à , le

Signatures des parents

- (1) Rayer les mentions inutiles
- (2) Indiquer : nom et prénom du licencié
- (3) Rayer en cas de refus d'autorisation

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE EN COMPETITION

Je soussigné(e)
Docteur en médecine, demeurant à
.....
certifie avoir examiné
né(e) le à
Et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent contre-
indiquant la pratique des sports suivants en compétition :

Sports collectifs	Judo	Surf
Basket-ball	Lutte	Spéléologie
Base-ball	Sports de balle	VTT
Football	Badminton	Autres sports individuels
Hand-ball	Pelote basque	Athlétisme
Hockey sur gazon	Tennis	Biathlon
Rugby	Tennis de table	Cross-Country
Touckball	Squash	Cyclisme
Volley-ball	Sport de plein air	Haltérophilie
Sports d'expression	Aviron	Natation
Danse	Canoë-Kayak	Rollers
Gymnastique	Course d'orientation	Sports équestres
GRS	Escalade	Sports de boules
Trampoline	Golf	Sports de quilles
Sports de combat	Planche à voile	Triathlon
Boxe	Raid nature	Autres (préciser)
Boxe française	Ski alpin	
Escrime	Ski nordique	

NB : pour les sports ne figurant pas sur la liste ci dessus, et qui nécessite
un examen spécial préalable à la délivrance d'une licence (exemple :
plongée, vol libre), il convient de se référer à la législation en vigueur
dans la fédération concernée.

Fait à , le
Signature et cachet du médecin