

## AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, père, mère, tuteur (\*)

de l'enfant \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_

Autorise le responsable de l'activité à prendre toutes les mesures utiles en cas d'urgence (transport, admission en centre hospitalier, anesthésie locale ou générale) et déclare que cette autorisation est valable pour la durée de l'activité, transport compris.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ signature :

J'ai pris connaissance du règlement intérieur du Golf, et suis responsable en dehors des heures de cours de mon enfant. Le \_\_\_\_\_

Signature :

## CERTIFICAT MEDICAL (à faire remplir par le médecin)

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_  
certifie avoir examiné le \_\_\_\_\_  
l'enfant \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_

Il ne présente pas de contre indication à la pratique du Golf.  
Il ne présente pas de signe de maladie contagieuse cliniquement décelable, ni d'affection psychiatrique. Il est apte à vivre en collectivité. Il est à jour de ses vaccins obligatoires.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du praticien :