

# Certificat médical

Je soussigné <sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Docteur en médecine et / ou Médecin sapeurs-pompiers à \_\_\_\_\_

Certifie avoir reçu ce jour en consultation : Mr  Mme  <sup>2</sup> : \_\_\_\_\_

JSP  SPV  SPP  du centre de secours de \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_

Et déclare que l'intéressé (e), ne présente ce jour, aucune contre-indication cliniquement décelable à la pratique des activités physiques et sportives suivantes, sous réserve d'un entrainement progressif et adapté.


- <sup>3</sup> Course à pied en compétition
- <sup>3</sup> Epreuves athlétiques et sportives des sapeurs-pompiers en compétition
- <sup>3</sup> Parcours sportif du sapeur-pompier en compétition

Certificat médical établi le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (validité d'un an à la date d'établissement).

<sup>1</sup>Nom du médecin - <sup>2</sup> Nom et Prénom de l'agent - <sup>3</sup> rayer la mention inutile

TAMPON DU MEDECIN	SIGNATURE DU MEDECIN
-------------------	----------------------

## Autorisations parentales pour les mineurs

Je soussigné, Madame, Monsieur<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ représentant légal, demeurant : \_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_ ou  : \_\_\_\_\_

J'autorise mon fils, ma fille<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
à participer aux compétitions sportives départementales, régionales et nationales organisées par les sapeurs-pompiers.

En cas d'accident ou de maladie pendant l'une de ces compétitions, j'autorise le détenteur de cette autorisation à faire :

- Pratiquer les examens et les actes de soins que nécessite son état de santé
- Hospitaliser mon enfant après avis médical
- Prendre en charge mon enfant à sa sortie de la structure médicale ou du centre hospitalier dans lequel il a été transporté pour soin ou examen.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal