

Certificat médical

Je soussigné ¹ _____

Docteur en médecine et / ou Médecin sapeurs-pompiers à _____

Certifie avoir reçu ce jour en consultation : Mr Mme ² : _____

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.

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

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

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

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

Autorisations parentales pour les mineurs

Je soussigné, Madame, Monsieur¹ _____  _____ représentant légal, demeurant : _____

 : _____ ou  : _____

J'autorise mon fils, ma fille¹ _____
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