

Nom de l'Association sportive : _____

CONTRÔLE MÉDICO-SPORTIF _____

Karaté club de Tourny

CERTIFICAT MÉDICAL ANNUEL PRÉALABLE A LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPÉTITION (1)

Je, soussigné, Docteur _____
(En lettres capitales ou cachet)

demeurant _____ certifie avoir

examiné M _____

né_ le _____ demeurant _____

et n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent
contre-indiquant la pratique des sports suivants en compétition :

A _____, le _____ 20____
Signature du Médecin :

SURCLASSEMENT (2)

Je déclare que

M : _____

présentant :

1° Un bon état organique:

2° Un bon état physiologique:

3° Un bon équilibre morphologique,

est APTE à pratiquer dans la CATÉGORIE D'ÂGE
IMMÉDIATEMENT SUPÉRIEURE les sports sui-
vants en compétition, sous toutes réserves de
modification de l'état actuel :

Le _____ 20____
Signature du Médecin :

N. B. — Lorsque le médecin ne reconnaîtra aucune aptitude au consultant. Il ne délivrera pas de certificat.

(1) Obligatoire pour tout sportif et pour toute sportive quel que soit l'âge.

(2) Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie I de la classification médico-sportive), le médecin peut l'autoriser à pratiquer le sport de compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure à sa catégorie normale. Pour ces autorisations, il convient de prendre connaissance des règlements propres aux fédérations.



LIGUE DE NORMANDIE DE KARATE & DISCIPLINES ASSOCIEES
8, avenue John-Fitzgerald-Kennedy
BP 104
76122 LE GRAND-QUEVILLY cedex
✉ ffkarate.normandie@orange.fr

AUTORISATION D'UTILISATION DE L'ADRESSE MAIL

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Dans un but de communication et de rapidité, nous vous invitons à nous livrer votre adresse e-mail pour faciliter les échanges avec votre Ligue. Cela devient indispensable.

Il conviendra d'indiquer, dans toutes les correspondances, votre club de rattachement.

N° affiliation club – nom du club : 270034 - Karate club de Tourny
Votre nom : _____
Votre courriel (en caractères d'imprimerie) : _____
Pratiquant(e) Professeur Président(e) Membre bureau (précisez) :

Par la communication de cet e-mail, j'accepte que la Ligue m'adresse des informations à l'adresse mentionnée ci-dessus, et déclare être pleinement informé (e) par ce biais.

En cas de changement d'adresse électronique, la Ligue devra en être tenue informée.

Votre adresse e-mail faisant l'objet d'un traitement automatisé, vous disposez, à tout moment, conformément à la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, d'un droit d'accès, de rectification, ou de suppression de l'information relative à votre adresse e-mail. Pour l'exercer, adressez vous à ffkarate.normandie@orange.fr
Cette information nominative est exclusivement à l'usage de la Ligue et ne peut être communiquée à des tiers.

Fait à :

le :

Signature du (de la) licencié (e)
Précédée de la mention « lu et approuvé »