

# *Certificat médical ADULTE*

## *Saison 2022-2023*

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_ atteste avoir  
délivré à :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

- Un certificat de non contre-indication à la pratique de l'escrime.
- Autorise la participation aux compétitions dans sa catégorie.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin

### **Autorisation d'intervention chirurgicale et d'anesthésie en cas d'urgence**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise le  
responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures utiles en cas d'urgence :  
transport, traitement médical, hospitalisation, anesthésie locale ou générale et intervention  
chirurgicale rendues nécessaire par l'état du pratiquant et déclare que cette autorisation est valable  
pour la durée de la saison, transport compris.

Fait à : ..... Le : .....

Signature :