

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, certifie avoir examiné Me/le/Me/Mr.....
que son état de santé lui permet de pratiquer le sport Motocycliste en compétition dans sa catégorie d'âge
et que son carnet de vaccination antitétanique est à jour.

Fait à le.....

Signature

Cachet

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Me/Mr.....demeurant.....

.....
Agissant en qualité de père/mère/tuteur autorise mon fils/fille.....

Né(e) le

A prendre part au stage d'aptitude à la pratique du sport motocycliste. Par la présente, je déclare dégager
entièrement la responsabilité de l'organisateur en cas d'accident.

Fait à le.....

Signature