



## Attestation en l'absence de Certificat Médical

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

Atteste, en l'absence de certificat médical, que mon enfant \_\_\_\_\_

- **est en bonne santé,**
- **est assuré en responsabilité civile** auprès d'une compagnie notoirement connue,
- **prendre l'entière responsabilité de sa personne** en cas d'accident ou de tout autre problème pouvant survenir lors de la pratique de l'AIKIDO, des stages et des initiations organisés par le dojo « Aïkido Traditionnel de la Côtère ».

De plus, même s'il est peu probable, un accident est toujours possible. Dans ce cas, sachant que le personnel médical se refuse d'intervenir sans un accord écrit, j'autorise par la présente le responsable du cours à procéder à l'évacuation de mon enfant nommé sur ce document vers le centre hospitalier le plus proche. Et j'autorise le corps médical consulté à prendre toutes les mesures nécessaires pour ma santé, y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale d'urgence selon les prescriptions du corps médical consulté.

Cette attestation prend effet à partir d'aujourd'hui et cela jusqu'à la présentation du certificat médical demandé, sans excéder la date du 30 juin à venir.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal (1)  
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Signature autre responsable légal (1)  
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

(1) père, mère ou tuteur



## Autorisation d'intervention médicale

Un accident, même s'il est peu probable, est toujours possible, même lors d'un cours d'essai. Dans ce cas, l'évacuation se fait vers le centre hospitalier le plus proche. Le personnel médical se refusant d'intervenir sans un accord préalable écrit, nous vous demandons de bien vouloir compléter cette attestation.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

Autorise, pour la saison \_\_\_\_\_, le responsable à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant \_\_\_\_\_ y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale d'urgence selon les prescriptions du corps médical consulté.

*Merci de nous signaler dans ce cadre toute information liée à votre santé (ou celle de votre enfant) que vous jugez utile de porter à notre connaissance, c'est à dire toute faiblesse ou handicap pouvant présenter un risque lors de la pratique pour vous ou votre entourage (ou pour votre enfant et son entourage) :*

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal (1)  
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Signature autre responsable légal (1)  
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

(1) père, mère ou tuteur