|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CACHET DU MEDECIN**  **SAISON 2016 / 2017**    (du 1er septembre 2016 au 31 août 2017)  A  Le  **CERTIFICAT MEDICAL**  Je soussigné(e), Docteur :  certifie que Mr, Mme, Melle, l’enfant :    ne présente aucune contre-indication à la pratique du :   |  |  | | --- | --- | |  | **Rock n’ Roll** *y compris en compétition dans sa catégorie d’âge*. | |  | **Rock Sauté** *y compris en compétition dans sa catégorie d’âge.* | |  | **Rock Acrobatique** *y compris en compétition dans sa catégorie d’âge.* | |  | **Boogie-Woogie** *y compris en compétition dans sa catégorie d’âge.* | |  | **West Coast Swing** *y compris en compétition dans sa catégorie d’âge.* | |  | **ZUMBA** |   Nombre de cases cochées :  Signature du médecin : | **SORGUES ROCK & SWING**  **C:\Users\Do\Desktop\ROCK\Logos\logo dernière version 010816.jpg**  **Autorisation de prise de photographies et/ou de vidéos  et utilisation en interne**  Notre Club, à l’occasion des activités auquel il participe (cours, spectacles, compétitions, etc.) envisage :   * la prise de photographies * la captation de vidéos   Leur utilisation sera exclusivement réservée à un usage interne : trombinoscope, site du club, réseaux sociaux, etc.  Je soussigné(e)  agissant en tant que responsable légal de l’adhérent :  Nom/Prénom :   * autorise les prises de vue ou vidéos de mon fils/ma fille \* * n’autorise pas les prises de vue ou vidéos de mon fils/ma fille \*   \*(barrez la mention inutile)  **Date :**  **Signature du responsable légal ou de l’adhérent :** |