|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **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 :** |