

# Certificat médical annuel

**Préalable à la pratique de l'éducation physique et du sport**  
*1er Septembre 2024 – 31 Août 2025*

Je soussigné médecin traitant : .....

Certifie avoir examiné : .....

Né(e) le : .....

Apte à participer, en compétition, à des rencontres sportives organisées par Special Olympics France, dans les sports suivants :

- Basketball
- Futsal
- Football
- Natation
- Pétanque / Bocce
- Flag Rugby (sans contact)
- Athlétisme
- Course à pied

Date :

Signature/ Cachet : Médecin Généraliste

# Autorisation de droit à l'image annuelle

1er Septembre 2024 – 31 Août 2025

**Ce document doit être complété pour chaque athlète susceptible de participer aux événements Special Olympics France**

Nom du parent ou du représentant légal :

.....

Nom et Prénom de l'athlète\* :

.....

Je suis le parent / représentant légal de l'athlète dont le nom est mentionné ci-dessus et par la présente, j'autorise Special Olympics France à diffuser et à publier l'image de l'athlète, son nom, sa voix et ses paroles dans les supports « Communication » ou les médias choisis par Special Olympics France ainsi qu'auprès des sponsors, uniquement conventionnés avec Special Olympics France, et à toute personne physique ou morale habilitée par Special Olympics France à communiquer sur l'association.

Cette autorisation pourra être révoquée à tout moment par mes soins et par écrit.

Fait le : .....

À : .....

*Signature du parent ou du représentant légal :*

*\*Si l'athlète ou le partenaire est un adulte et légalement responsable de lui/elle-même, il ou elle peut signer ci-dessous ce formulaire :*

Je soussigné(e), ..... accepte les conditions énoncées ci-dessus.

Fait le : .....

À : .....

*Signature de l'athlète :*