

**AUTORISATION PARENTALE POUR MINEUR**  
**CONSULTATION MEDICALE /TEST D'EFFORT/ ELECTROCARDIOGRAMME**

Je soussigné (e) : .....

Demeurant à : .....

.....

Code Postal et Ville : .....

Autorise que mon fils, ma fille :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Soit examiné(e) au Centre de Médecine du Sport :

- Une consultation médicale
- une épreuve d'effort
- un électrocardiogramme

Les données de cet examen resteront confidentielles, et seront communiquées :

- au(x) médecin(s) de mon choix
- au Docteur et au Médecin Fédéral du Comité où est licencié mon fils, ma fille en qualité de prescripteurs si tel est le cas.

Fait à :

le :

Signature du parent