

FICHE N°9

ATTESTATION DU MEDECIN

Je soussigné·e Docteur :

Adresse :

N° tél. : N° d'ordre :

Accepte de coordonner les moyens de secours et de protection mis en place dans
le cadre de la manifestation de auto qui se déroulera sur la commune
de.....

le : de à

organisée par le club :

J'atteste que l'ensemble des secours présents sur la manifestation sera placé sous
ma responsabilité (secouristes, ambulances, etc.) pendant l'ensemble du
déroulement de la manifestation.

Fait à :

Le :

Signature du Médecin

Cachet du Médecin