

CERTIFICAT MEDICAL

Cachet du médecin :



Je soussigné, Docteur certifie avoir examiné ce jour

NOM : Prénom :

Et qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication à la pratique des sports suivants
(*raier seulement les sports contre indiqués*) :

- Roller
- Escrime
- Tir à l'arc
- Gymnastique
- Cirque
- Badminton

Fait à , le

Signature du médecin :

CERTIFICAT MEDICAL

Cachet du médecin :



Je soussigné, Docteur certifie avoir examiné ce jour

NOM : Prénom :

Et qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication à la pratique des sports suivants
(*raier seulement les sports contre indiqués*) :

- Roller
- Escrime
- Tir à l'arc
- Gymnastique
- Cirque
- Badminton

Fait à , le

Signature du médecin :