

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
- Badminton
- Tir à l'arc
- Gymnastique
- Rugby

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
- Badminton
- Tir à l'arc
- Gymnastique
- Rugby

Fait à, le

Signature du médecin :