

Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur
certifie que Mr, Mme, Mlle
ne présente pas de contre-indication à la pratique de l'**Ultimate Frisbee**,

- ☐ en loisir
- ☐ en compétition
- ☐ Surclassement autorisé
- ☐ Double Surclassement autorisé

Fait à

Cachet du médecin

(avec N° d'Ordre)

Signature

Date

FFDF