

## Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur .....,  
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle .....,  
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique de l'**Ultimate Frisbee**,

- ☐ en loisir
- ☐ en compétition
- ☐ Surclassé (e)
- ☐ Doublement Surclassé (e)

**Fait à**

**Cachet du médecin**

(avec N° d'Ordre)

**Signature**

**Date**

**FFDF**