

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) D. BELIN gills

Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné ce jour,

~~Mme~~ - Melle - M. VO NO Damien

et avoir constaté que l'intéressé(e) ne présente pas de contre-indication à la pratique des **activités physiques et sportives**.

Fait à Villaz

le 29 Août 16

Signature et cachet obligatoire :

Docteur Gilles BELIN
74370 VILLAZ
74 10 10 85 - 4