

# CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPETITION

Je soussigné, Docteur ..... *BONNET* .....

de la commune de ..... *Les Houches* .....

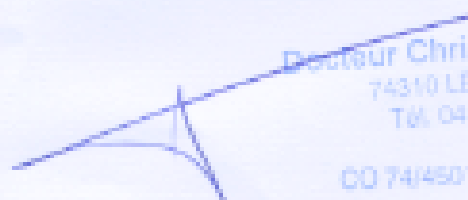
certifie avoir examiné M. .... *M. Lucas GALLANT* .....

le (e) le ..... *10/7/99* ..... et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de  
signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique en compétition  
des sports suivants:

**L'ULTIMATE** et les disciplines sportives utilisant un disque volant (frisbee)

A ..... *Les Houches* ....., le ..... *07/10/95* .....

Signature et cachet du médecin



Docteur Christophe BONNET  
74310 LES HOUCHES  
Tél. 04 50 54 53 31

CO 74/4501 1000 281 2963

## Double surclassement pour les jeunes de plus de 14 ans:

Je soussigné, Docteur ..... certifie  
après avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur que  
M. .... est apte à pratiquer,  
en **double surclassement**, l'Ultimate en compétition (catégories adultes et  
juniors 18/18 ans), sous toute réserve de modification de l'état actuel.

A ....., le .....

Signature et cachet du médecin