Certificat Médical Flying Disc

certifie avoir examiné M et n'avoir constaté aucui	r, Mme, Mlle ne contre-indication à la pratique d f / DDC / Guts / Disciplines individ	, né (e) le// des disciplines de Flying
	ans la catégorie d'âge immédiatement su e(e) (pratique dans les deux catégories d'	
Indiquer le nombre	e de cases cochées	
Fait à	Cachet du médecin	Signature
Le	(avec N° d'Ordre)	
Je soussigné (e) Docteu certifie avoir examiné M	r, Mme, Mlle	, né (e) le/
	ans la catégorie d'âge immédiatement su e(e) (pratique dans les deux catégories d'	
Indiquer le nombre	e de cases cochées	
Fait à	Cachet du médecin	Signature
Le	(avec N° d'Ordre)	

Attestation

renseigné le quest	r, Mme tionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N semble des rubriques.	
Fait à	Signature	Date
	Attestation pour les m	nineurs
Je soussigné Mr, I	Mme FION FRANÇAISE DE FLYING D	ISC ,
en ma qualité de r	représentant légal de	,
•	renseigné le questionnaire de santé négative à l'ensemble des rubrique	
Fait à	Signature du représentant Légal	Date