

Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle, né (e) le/...../.....,
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

Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle, né (e) le/...../.....,
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique du **Disc Golf**,

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

Fait à

Cachet du médecin

(avec N° d'Ordre)

Signature

Date

Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle, né (e) le/...../.....,
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique des **Activités Sportives**,

- ☐ en loisir
- ☐ en compétition

Fait à

Cachet du médecin

(avec N° d'Ordre)

Signature

Date