

Certificat Médical

Je soussigné(e) Docteur
certifie avoir examiné ce jour Mr, Mme, Mlle
né(e) le/...../..... et n'avoir constaté aucune contre-indication apparente à la
pratique des activités sportives : ☐ en loisir

☐ en compétition

Nombre de cases cochées : ____

Fait à	Cachet du médecin (OBLIGATOIRE avec N° RPPS)	Signature	Date

De plus, je certifie avoir constaté ce jour que Mr, Mme, Mlle
..... ne présente ce jour aucune contre-indication
apparente à la pratique de :

☐ Ultimate Frisbee

☐ Surclassé(e)

☐ Doublement Surclassé(e)

Nombre de cases cochées : ____

Fait à	Cachet du médecin (OBLIGATOIRE avec N° RPPS)	Signature	Date