



CERCLE D'ESCRIME PAYS DE GRASSE

CERTIFICAT MEDICAL

ANNEE SPORTIVE 2016 - 2017

Je, soussigné(e), Docteur

atteste avoir délivré à Mme – Mlle – M. (*)

NOM :

PRENOM :

Un certificat de « non contre-indication » à la pratique de l'escrime en compétition

- autorise la participation aux compétitions dans sa catégorie (*)
- autorise le simple surclassement (*)

Date / /

Signature du médecin

Cachet du médecin

(*) rayer les mentions inutiles

N.B. : La validité de ce présent certificat est de 1 an.

**Elle expire à la date d'expiration de la licence délivrée pour l'année sportive 2016-2017
et au plus tard le 30 septembre 2017**