

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur _____

Certifie avoir examiné _____

Et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique des sports suivants en compétition :

Athlétisme	Base-ball	Football	Basket-ball
Self-Defense	Boxe	Volley-ball	Natation
Tennis de table	Badminton	Fitness	Gymnastique

(rayer éventuellement les sports contre-indiqués)

Le/...../.....

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur _____

Certifie avoir examiné _____

Et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique des sports suivants en compétition :

Athlétisme	Base-ball	Football	Basket-ball
Self-Defense	Boxe	Volley-ball	Natation
Tennis de table	Badminton	Fitness	Gymnastique

(rayer éventuellement les sports contre-indiqués)

Le/...../.....