

CERTIFICAT MEDICAL

Catégorie :

A renvoyer, après examen, à la Fédération en cas d'aptitude sans réserve.

Cachet du cercle :

Matricule :

HORS STADE

SAISON SPORTIVE 20 - 20

A remplir par le sportif ou le secrétaire du cercle (EN CARACTERE D'IMPRIMERIE SVP)

Matricule de l'athlète :

Nom et prénom :

Sexe : Nationalité :

Lieu et date de naissance :

Adresse :

Tel. GSM :

E-Mail :

Signature du secrétaire du cercle

A remplir par le médecin examinateur.

Je soussigné..... Docteur en Médecine, certifie que le sportif dont l'identité est reprise ci-dessus, a fait l'objet, par mes soins, d'un examen médical présportif le/...../ 20..... et est

- Apte à la pratique sportive
- Inapte temporairement jusque :
- Inapte

Signature et cachet du médecin examinateur

CERTIFICAT MEDICAL

Catégorie :

A renvoyer, après examen, à la Fédération en cas d'aptitude sans réserve.

Cachet du cercle :

Matricule :

HORS STADE

SAISON SPORTIVE 20 - 20

A remplir par le sportif ou le secrétaire du cercle (EN CARACTERE D'IMPRIMERIE SVP)

Matricule de l'athlète :

Nom et prénom :

Sexe : Nationalité :

Lieu et date de naissance :

Adresse :

Tel. GSM :

E-Mail :

Signature du secrétaire du cercle

A remplir par le médecin examinateur.

Je soussigné..... Docteur en Médecine, certifie que le sportif dont l'identité est reprise ci-dessus, a fait l'objet, par mes soins, d'un examen médical présportif le/...../ 20..... et est

- Apte à la pratique sportive
- Inapte temporairement jusque :
- Inapte

Signature et cachet du médecin examinateur

Imprimer sur papier

Saumon

cartonné

120g/m²

Vers 20140930