CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr…………………………………………….

Docteur en médecine, Certifie que l’examen de

M/Mme……………………………………………….

Date de naissance…………………………….

Age………………………………

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique des sports notés ci-dessous : Badminton– Foot salle – Tennis

Certificat établi à : ……………………………………….

Date : ……………………….

Signature du médecin…………………………….

Tampon du médecin

Nota : entourer le ou les sports choisis