CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT - MINEUR

Ce certificat médical doit être daté de moins de 6 mois, à la date de l'adhésion.

Je soussigné(e), _____, Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné _____ né(e) le

_____ et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique

décelable contre-indiquant la pratique du :

- ☐ Roller loisir
- ☐ Rink Hockey, en loisir
- ☐ Roller artistique, en loisir

Date de l'examen : _____ Signature et cachet :