



Certificat Médical



Je soussigné, Docteur :

certifie que Mlle, Mme, M. (Nom/Prénom)

Date de naissance Lieu

Ne présente à ce jour aucune contre-indication à la pratique du roller skating en compétition.

Est apte à pratiquer en surclassement dans la catégorie immédiatement supérieure.

Fait à

Le

Signature

Cachet du médecin