

Certificat Médical

ATTENTION A LA LISIBILITE DU DOCUMENT

Je soussigné (e) Docteur

Numéro d'ordre

Date

certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle

et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique de l'**Ultimate Frisbee**, en
compétition

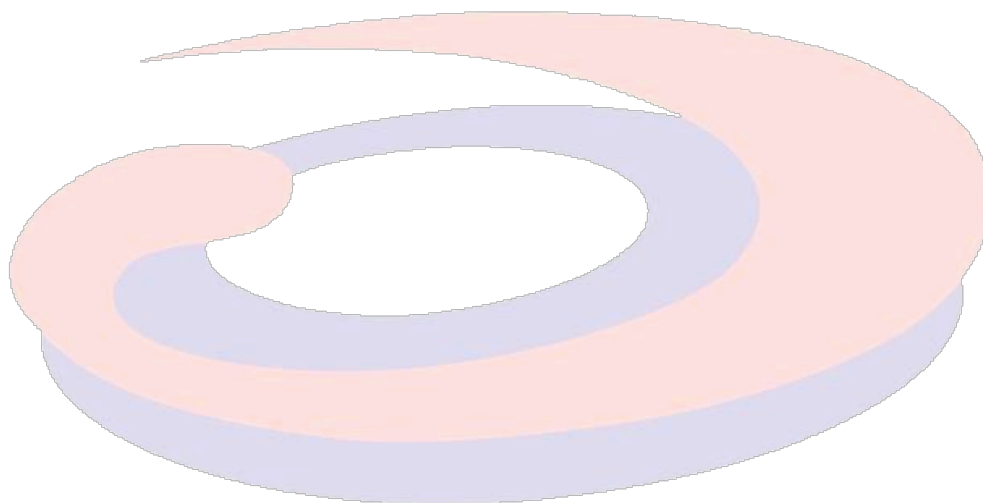
- Surclassé (e) (pour les moins de 20ans)
- Doublement Surclassé (e) (pour les moins de 17ans)

Fait à

Cachet du médecin
(avec N° d'Ordre)

Signature

FFDF



FFDF