

Certificat Médical

ATTENTION A LA LISIBILITE DU DOCUMENT

Je soussigné(e) Docteur,
Numéro d'ordre,
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle,
né(e) le/...../.....
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique des **Activités Sportives** dont
l'Ultimate Frisbee et le **Disc Golf**.

Pour la saison sportive du 1er septembre 2019 au 31 août 2020

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

Fait à	Cachet du médecin	Signature	Date
---------------	------------------------------	------------------	-------------

(avec N° d'Ordr



