



CERTIFICAT MEDICAL

Nom :
Prénom :
Date de Naissance

ATCD médical / Chirurgical :

Je soussigné(e), Docteur

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

qu'il/qu'elle ne présente aucune contre-indication à la pratique de la natation artistique en compétition.

Date :

Tampon et signature du médecin :

Bilan anormal nécessitant

- Des examens complémentaires oui / non
- Une contre-indication temporaire : oui / non
- Une contre-indication définitive : oui / non