



Certificat Médical

Je soussigné, Dr.....

certifie que M/Mme

ne présente aucune contre-indication à la pratique du : *(rayé les mentions inutiles)*

- Rink Hockey (*en compétition avec simple surclassement*)
- Roller Derby (*en compétition*)
- Skateboard
- Ecole de patinage

Le

Signature et Cachet

A