Fédération Française Roller & Skateboard

Certificat Médical

Je, soussigné _____
Docteur en Médecine, certifie avoir examiné

Nom / Prénom : né(e) le _____

Date de l'examen _____

et n'avoir pas constaté à la date de ce jour de contre-indication clinique à la pratique sur roller et skateboard, y compris en compétition.

Date et lieu _____

Signature du médecin