

## Certificat Médical Flying Disc

Je soussigné (e) Docteur .....  
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle ....., né (e) le ...../...../.....,  
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique des disciplines de **Flying Disc** (Ultimate / Disc Golf / DDC / Guts / Disciplines individuelles)

- en loisir
- en compétition
- Surclassé (e) (pratique dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure)
- Doublement Surclassé(e) (pratique dans les deux catégories d'âge immédiatement supérieures)

**Indiquer le nombre de cases cochées**

Fait à  
Le

**Cachet du médecin**  
(avec N° d'Ordre)

**Signature**

## Certificat Médical Flying Disc

Je soussigné (e) Docteur .....  
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle ....., né (e) le ...../...../.....,  
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique des disciplines de **Flying Disc** (Ultimate / Disc Golf / DDC / Guts / Disciplines individuelles)

- en loisir
- en compétition
- Surclassé (e) (pratique dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure)
- Doublement Surclassé(e) (pratique dans les deux catégories d'âge immédiatement supérieures)

**Indiquer le nombre de cases cochées**

Fait à  
Le

**Cachet du médecin**  
(avec N° d'Ordre)

**Signature**

## Certificat Médical Flying Disc

Je soussigné (e) Docteur .....  
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle ....., né (e) le ...../...../.....,  
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique des disciplines de **Flying Disc** (Ultimate / Disc Golf / DDC / Guts / Disciplines individuelles)

- en loisir
- en compétition
- Surclassé (e) (pratique dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure)
- Doublement Surclassé(e) (pratique dans les deux catégories d'âge immédiatement supérieures)

**Indiquer le nombre de cases cochées**

Fait à  
Le

**Cachet du médecin**  
(avec N° d'Ordre)

**Signature**