FEDERATION FRANCAISE DE ROLLER SKATING

Certificat médical

Je soussigné, Dr ……., certifie que

Melle, Mme, M. (nom+prénom) : ……..

☐ **ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives (dans le cas d'une première licence sportive ou non compétition)**

☐ **ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller skating en compétition**

☐ **est apte à pratiquer en surclassement (dans la catégorie immédiatement supérieure)**

Fait à……, le

Signature et cachet du Médecin,