|  |  |
| --- | --- |
| **CERTIFICAT MEDICAL**Je soussigné, certifie que M/Mme………………….……………………………………..porteur de la licence FFPJP, ne présente aucune contre-indication à la pratique Sportive de la Pétanque et Jeu Provençal.Fait à …………………………………………..……le ….……/………/……………..Docteur…………………………………………………….........................................Cachet et signature:Valable1An  | **CERTIFICAT MEDICAL**Je soussigné, certifie que M/Mme………………….……………………………….porteur de la licence FFPJP, ne présente aucune contre-indication à la pratique Sportive de la Pétanque et Jeu Provençal.Fait à …………………………………………..……le ….……/………/……………..Docteur…………………………………………………….........................................Cachet et signature:Valable1An  |
| **CERTIFICAT MEDICAL**Je soussigné, certifie que M/Mme………………….……………………………………..porteur de la licence FFPJP, ne présente aucune contre-indication à la pratique Sportive de la Pétanque et Jeu Provençal.Fait à …………………………………………..……le ….……/………/……………..Docteur…………………………………………………….........................................Cachet et signature:Valable1An  | **CERTIFICAT MEDICAL**Je soussigné, certifie que M/Mme………………….……………………………….porteur de la licence FFPJP, ne présente aucune contre-indication à la pratique Sportive de la Pétanque et Jeu Provençal.Fait à …………………………………………..……le ….……/………/……………..Docteur…………………………………………………….........................................Cachet et signature:Valable1An  |
| **CERTIFICAT MEDICAL**Je soussigné, certifie que M/Mme………………….……………………………………..porteur de la licence FFPJP, ne présente aucune contre-indication à la pratique Sportive de la Pétanque et Jeu Provençal.Fait à …………………………………………..……le ….……/………/……………..Docteur…………………………………………………….........................................Cachet et signature:Valable1An  | **CERTIFICAT MEDICAL**Je soussigné, certifie que M/Mme………………….……………………………….porteur de la licence FFPJP, ne présente aucune contre-indication à la pratique Sportive de la Pétanque et Jeu Provençal.Fait à …………………………………………..……le ….……/………/……………..Docteur…………………………………………………….........................................Cachet et signature:Valable1An  |
| **CERTIFICAT MEDICAL**Je soussigné, certifie que M/Mme………………….……………………………………..porteur de la licence FFPJP, ne présente aucune contre-indication à la pratique Sportive de la Pétanque et Jeu Provençal.Fait à …………………………………………..……le ….……/………/……………..Docteur…………………………………………………….........................................Cachet et signature:Valable1An  | **CERTIFICAT MEDICAL**Je soussigné, certifie que M/Mme………………….……………………………….porteur de la licence FFPJP, ne présente aucune contre-indication à la pratique Sportive de la Pétanque et Jeu Provençal.Fait à …………………………………………..……le ….……/………/……………..Docteur…………………………………………………….........................................Cachet et signature:Valable1An  |
| **CERTIFICAT MEDICAL**Je soussigné, certifie que M/Mme………………….……………………………………..porteur de la licence FFPJP, ne présente aucune contre-indication à la pratique Sportive de la Pétanque et Jeu Provençal.Fait à …………………………………………..……le ….……/………/……………..Docteur…………………………………………………….........................................Cachet et signature:Valable1An  | **CERTIFICAT MEDICAL**Je soussigné, certifie que /Mme………………….………………………………..porteur de la licence FFPJP, ne présente aucune contre-indication à la pratique Sportive de la Pétanque et Jeu Provençal.Fait à …………………………………………..……le ….……/………/……………..Docteur…………………………………………………….........................................Cachet et signature:Valable1An  |