|  |  |
| --- | --- |
| **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 |