



CERTIFICAT MÉDICAL FFSS

Je soussigné(e), docteur

certifie avoir examiné ce jour M. M^{me}

né(e) le *(jj/mm/aaaa)* :

et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique sportive en compétition ou en loisir.

Date *(jj/mm/aaaa)* :

Signature et tampon du praticien
obligatoires