

# Patin Club Lesnevien

## Certificat médical

Je soussigné Dr ..... certifie que Mme, M (NOM prénom)  
..... ne présente aucune contre-indication  
à la pratique du Roller-Skating :

- en loisir     en compétition  
 est apte à pratiquer dans des compétitions de la catégorie d'âge immédiatement  
supérieure (surclassement)

Y a-t-il des allergies ? Si oui, lesquelles ? .....  
.....

Date de l'examen :

Signature et cachet