

CERTIFICAT MÉDICAL



CLUB : .....  
N° LICENCE : .....

ANNÉE SPORTIVE : 2007-2008

Je soussigné(e) : .....

Docteur en médecine n° .....

Certifie que : .....

Né(e) le ..... / ..... / ..... à .....

Habitant : Rue ..... n° .....

Ville ..... CP .....

est apte à la pratique de la gymnastique.

Signature et cachet du médecin

Date de l'examen ..... / ..... / .....

(\*) À remplir par le médecin de votre choix

À REMETTRE ENTIÈREMENT COMPLÉTÉ AU CLUB

CERTIFICAT MÉDICAL



CLUB : .....  
N° LICENCE : .....

ANNÉE SPORTIVE : 2007-2008

Je soussigné(e) : .....

Docteur en médecine n° .....

Certifie que : .....

Né(e) le ..... / ..... / ..... à .....

Habitant : Rue ..... n° .....

Ville ..... CP .....

est apte à la pratique de la gymnastique.

Signature et cachet du médecin

Date de l'examen ..... / ..... / .....

(\*) À remplir par le médecin de votre choix

À REMETTRE ENTIÈREMENT COMPLÉTÉ AU CLUB

CERTIFICAT MÉDICAL



CLUB : .....  
N° LICENCE : .....

ANNÉE SPORTIVE : 2007-2008

Je soussigné(e) : .....

Docteur en médecine n° .....

Certifie que : .....

Né(e) le ..... / ..... / ..... à .....

Habitant : Rue ..... n° .....

Ville ..... CP .....

est apte à la pratique de la gymnastique.

Signature et cachet du médecin

Date de l'examen ..... / ..... / .....

(\*) À remplir par le médecin de votre choix

À REMETTRE ENTIÈREMENT COMPLÉTÉ AU CLUB

CERTIFICAT MÉDICAL



CLUB : .....  
N° LICENCE : .....

ANNÉE SPORTIVE : 2007-2008

Je soussigné(e) : .....

Docteur en médecine n° .....

Certifie que : .....

Né(e) le ..... / ..... / ..... à .....

Habitant : Rue ..... n° .....

Ville ..... CP .....

est apte à la pratique de la gymnastique.

Signature et cachet du médecin

Date de l'examen ..... / ..... / .....

(\*) À remplir par le médecin de votre choix

À REMETTRE ENTIÈREMENT COMPLÉTÉ AU CLUB