

Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur,
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle, né (e) le/...../.....,
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique de **l'Ultimate Frisbee**,

- en loisir
- en compétition
- Surclassé (e)
- Doublement Surclassé (e)

Nombre de cases cochées : __

Fait à

Cachet du médecin

(avec N° d'Ordre)

Signature

Date