

CERTIFICAT MEDICAL 2009-2010

Je soussigné, Docteur.....

Atteste avoir délivré à M.....

Né(e) le.....

Un certificat de non contre-indication à la pratique de l'escrime.

- Autorise la participation aux entraînements (*)
- Autorise la participation aux compétitions dans sa catégorie (*)
- Autorise le simple sur-classement (*)

Date, signature et cachet du Médecin