CERTIFICAT MEDICAL

Saison 2017-2018

Je soussigné, Dr ..... certifie que

né le .....

☐ ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller en loisir

☐ ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller en compétition

☐ ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller en tant qu'arbitre

☐ est apte à pratiquer en surclassement (dans la catégorie immédiatement supérieure)

Fait à le

Cachet et Signature
du médecin

CERTIFICAT MEDICAL

Saison 2017-2018

Je soussigné, Dr ..... certifie que

né le .....

☐ ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller en loisir

☐ ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller en compétition

☐ ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller en tant qu'arbitre

☐ est apte à pratiquer en surclassement (dans la catégorie immédiatement supérieure)

Fait à le

Cachet et Signature
du médecin