

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné-e, Docteur

date de l'examen :

certifie que

ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller / roller-hockey en loisir et en compétition*,
est apte à pratiquer en compétition de la catégorie d'âge immédiatement supérieure à la sienne*.

Signature et cachet du médecin

(* à rayer si ce n'est pas le cas)