

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné (e), Docteur ..... exerçant à .....

Certifie avoir examiné ce jour : .....

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

Et ne pas avoir constaté de contre-indication apparente à la pratique de la NATATION dans le/les cadre(s) suivant :

- Natation Loisirs
- Natation en Compétition
- Natation en Eau Libre Loisirs
- Natation en Eau Libre en Compétition

Nombre de case(s) cochée(s) : .....

Fait à ..... Le .....

Signature et cachet :

--