

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 :

--