

Certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'escrime pour le Cercle d'Escrime Vélizien

Je soussigné(e), Docteur en médecine

Exerçant à

Certifie avoir examiné

Mme - Mlle - M. *

Nom

Prénom

Né(e) le / /

Et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique de l'escrime.

Et de délivrer ce certificat de « non contre-indication » à la pratique de l'escrime

- Autorise la participation aux compétitions dans sa catégorie *
- Autorise le simple surclassement *

Date, signature et cachet

Fait à, le / /

**Ce certificat est à donner OBLIGATOIREMENT
pour l'inscription au Cercle d'Escrime Vélizien**

** Rayer les mentions inutiles*