

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur atteste que
M, Melle, l'enfant

CLUB

ne présente aucune contre
indication à la pratique d'activités
sportives (Validité un an)

Date
Signature
Tampon

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur atteste que
M, Melle, l'enfant

CLUB

ne présente aucune contre
indication à la pratique d'activités
sportives (Validité un an)

Date
Signature
Tampon