

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL

Je soussigné, docteur en médecine, certifie avoir examiné :

NOM : Prénom :

Né(e) le : Club :

et n'avoir constaté, ce jour, aucun signe semblant contre-indiquer la pratique du Tennis de Table.

Cachet du Médecin

Le / /
Signature du Médecin

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE LICENCIÉ

Nom : Prénom :

N° de Licence : (Si licencié la saison dernière)

Nom de l'association n° 07 35

Saison : 20..... / 20.....

Date et Signature

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL

Je soussigné, docteur en médecine, certifie avoir examiné :

NOM : Prénom :

Né(e) le : Club :

et n'avoir constaté, ce jour, aucun signe semblant contre-indiquer la pratique du Tennis de Table.

Cachet du Médecin

Le / /
Signature du Médecin

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE LICENCIÉ

Nom : Prénom :

N° de Licence : (Si licencié la saison dernière)

Nom de l'association n° 07 35

Saison : 20..... / 20.....

Date et Signature