

Nom de l'événement :

Nom de l'équipe :

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je, soussigné Dr..... Docteur en médecine,

certifie que l'examen de Mlle/Mme/ M.....

né(e) le ..... à .....

ne révèle pas de contre-indications à la pratique du roller-skating en compétition et loisirs.

Fait le ..... à .....

Signature et cachet du médecin