

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