

# FICHE MEDICALE

Je soussigné :

docteur en médecine n°

certifie que la personne  
mentionnée ci-dessous  
est apte à la compétition  
pour la saison sportive 2018 - 2019

(signature et cachet)

Date de l'examen :

Nom - Prénom :

Adresse :

Date de naissance :