

FICHE MEDICALE

Je soussigné :

docteur en médecine n°

certifie que la personne
mentionnée ci-dessous
est apte à la pratique du volley-ball
pour la saison sportive 2019 - 2020

(signature et cachet)

Date de l'examen :

Nom - Prénom :

Adresse :

Date de naissance :