

## CERTIFICAT MEDICAL AUTORISANT LA PRATIQUE DE L'ESCRIME

Je soussignée e)..... (NOM, Prénom)

Docteur en Médecine,

enregistré au Conseil de l'Ordre de .....

Sous le Numéro: ...../.....

Adresse :.....

Code Postal: |\_|\_|\_|\_|\_| Ville: .....

certifie avoir examiné ce jour

NOM: .....

Prénom: .....

Date de naissance: |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

et n'avoir relevé aucun signe clinique, ni aucune contre-indication dans les antécédents, à la pratique de l'escrime, pour la saison 2008-2009, courant du 1er septembre 2009 au 31 août 2010.

Barrer les mentions inadaptées, si applicable:

- autorisation de la pratique en compétition
- autorisation de surclassement dans la catégorie supérieure

|              |
|--------------|
| Fait à ..... |
| Signature    |

|                         |
|-------------------------|
| Le  _ _   _ _   _ _ _ _ |
| Cachet                  |

Le certificat médical peut être établi à partir du 1er septembre 2009.

*Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en mains propres*