

Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur,
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle, né (e) le/...../.....,
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique de **l'Ultimate Frisbee**,

- en loisir
- en compétition
- Surclassé (e)
- Doublement Surclassé (e)

Fait à

Cachet du médecin

(avec N° d'Ordre)

Signature

Date

Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur,
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle, né (e) le/...../.....,
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique du **Disc Golf**,

- en loisir
- en compétition
- Surclassé (e)

Fait à

Cachet du médecin

(avec N° d'Ordre)

Signature

Date

Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur,
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle, né (e) le/...../.....,
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique des **Activités Sportives**,

- en loisir
- en compétition

Fait à

Cachet du médecin

(avec N° d'Ordre)

Signature

Date

Attestation

Je soussigné Mr, Mme, atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir **répondu par la négative** à l'ensemble des rubriques.

Fait à

Signature

Date



Attestation pour les mineurs

Je soussigné Mr, Mme,
en ma qualité de représentant légal de,
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et a **répondu par la négative** à l'ensemble des rubriques.

Fait à

Signature du représentant Légal

Date