

CERTIFICAT MEDICAL

Corporate Tennis FLT

Je soussigné Docteur en médecine : _____

Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour M. Mme _____

Né(e) le : ____/____/____

Demeurant à

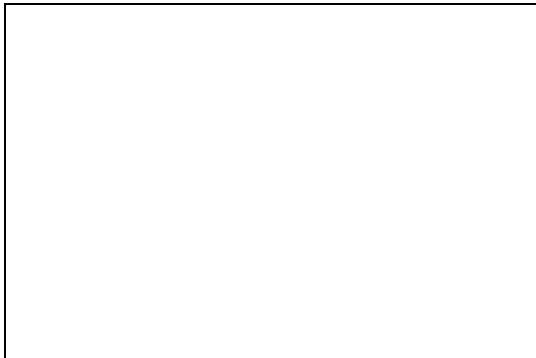
Nationalité : _____

Club : _____ N° de licence _____

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents, contre-indiquant la

pratique des sports suivants en compétition : _____

Fait à _____ le ____/____/____



Cachet et signature du Médecin