

Certificat Médical

Je soussigné(e) Docteur,
certifie avoir examiné ce jour Mr, Mme, Mlle,
né(e) le/...../....., et n'avoir constaté aucune contre-indication apparente à la
pratique des **activités sportives** : **en loisir**

en compétition

Nombre de cases cochées : ____

Fait à	Cachet du médecin <small>(OBLIGATOIRE avec N° RPPS)</small>	Signature	Date

De plus, je certifie avoir constaté ce jour que Mr, Mme, Mlle
..... ne présente ce jour aucune contre-indication
apparente à la pratique de :

Ultimate Frisbee

Disc Golf

Guts

Surclassé(e)

Surclassé(e)

Surclassé(e)

Pratique dans la catégorie immédiatement supérieure.

Doublement Surclassé(e)

Doublement Surclassé(e)

Doublement Surclassé(e)

Pratique dans la catégorie au-dessus de la catégorie immédiatement supérieure

Nombre de cases cochées : ____

Fait à	Cachet du médecin <small>(OBLIGATOIRE avec N° RPPS)</small>	Signature	Date

Les licenciés(es) souhaitant obtenir une licence avec surclassement ou intégrer le Pôle France doivent
présenter un certificat de non contre-indication à la pratique sportive datant de moins d'un an.