



CERTIFICAT MEDICAL

Exemplaire Club :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Date de Naissance :

Club : US LIFFRE Athlétisme (code : 035035)

Je soussigné Docteur _____ atteste avoir examiné l'athlète ci-dessus désigné et certifie qu'il ne présente aucune contre indication à la pratique de l'athlétisme en compétition.

Date :

Signature et Cachet

N° DE LICENCE :



CERTIFICAT MEDICAL

Exemplaire Ligue de Bretagne :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Date de Naissance :

Club : US LIFFRE Athlétisme (code : 035035)

Je soussigné Docteur _____ atteste avoir examiné l'athlète ci-dessus désigné et certifie qu'il ne présente aucune contre indication à la pratique de l'athlétisme en compétition.

Date :

Signature et Cachet

N° DE LICENCE :