

FEDERATION FRANCAISE DE LONGUE PAUME
CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE
DE LA LONGUE PAUME EN COMPETITION

Je soussigné, Docteur _____
demeurant _____
certifie avoir examiné M _____
demeurant _____
appartenant à l'association sportive de _____

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques
apparents contre-indiquant la pratique de la Longue Paume
en compétition

A _____, le _____ 19__

Cachet du médecin

Signature du médecin

FEDERATION FRANCAISE DE LONGUE PAUME
CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE
DE LA LONGUE PAUME EN COMPETITION

Je soussigné, Docteur _____
demeurant _____
certifie avoir examiné M _____
demeurant _____
appartenant à l'association sportive de _____

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques
apparents contre-indiquant la pratique de la Longue Paume
en compétition

A _____, le _____ 19__

Cachet du médecin

Signature du médecin