

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE AUX ACTIVITÉS DU CASL
2018/2019

(A faire remplir obligatoirement par le médecin)

Je soussigné(e) Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour:

NOM :
PRENOM :
Né (e) le :

L'intéressé(e) est en bonne santé et ne présente aucun signe de maladies contagieuses cliniquement décelables et peut être admis en collectivité :

Oui

L'intéressé(e) ne présente aucune contre-indication à la pratique :

Danse

Judo entraînement et compétition

Tennis

<u>Cachet du médecin obligatoire.</u>

Fait à :

Date :

Signature :