

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr _____

Docteur en médecine, certifie avoir examiné :

Mr / Mme* : _____

Né(e) le : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Demeurant : _____

_____

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique *de la natation / du water-polo** **<u>en compétition</u>**.

Fait à : _____ , le _ _ / _ _ / _ _ _ _

Signature et cachet du médecin

(*) *Rayer la mention inutile*