



Certificat Medical 2019-2020

Je soussigné(e), Docteur

atteste avoir délivré à :

Nom : _____

Prénom : _____

- Un certificat de non contre-indication à la pratique de l'escrime.
- Autorise la participation aux compétitions.

Fait à _____ le DD / MM / YYYY

Signature et cachet du médecin