

TRAMPOLINE EN COMPETITION

CERTIFICAT MEDICAL



CACHET DU MEDECIN

Je soussigné (prénom et nom) :

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour / /

Mme / Mlle / Mr (prénom et nom) :

Agé de Résidant

Il (elle) est apte à la pratique du TRAMPOLINE EN COMPETITION

Date / / A

Signature :