**Certificat médical de non contre-indication à la pratique de l’escrime**

**pour le Cercle d’Escrime Vélizien**

Je soussigné(e), Docteur en médecine ..……………………………………………..……

Exerçant à ..……………………………………………………………………………………

Certifie avoir examiné

Mme - Mlle - M. \*

Nom …………………………………………………………………….

Prénom …………………………………………………………………

Né(e) le …… / …… / ……

Et n’avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent contre indiquant la

pratique de l’escrime.

Et de délivrer ce certificat de « non contre-indication » à la pratique de l’escrime

• Autorise la participation aux compétitions dans sa catégorie \*

• Autorise le simple surclassement \*

Date, signature et cachet

Fait à …………………………, le …… / …… / ……

Ce certificat est à donner OBLIGATOIREMENT

pour l’inscription au Cercle d’Escrime Vélizien

\* Rayer les mentions inutiles