



# CERTIFICAT MEDICAL



Je soussigné, Docteur : .....

certifie que Mlle, Mme, M. (nom/prénom) :

.....

Ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives (dans le cas d'une première licence sportive).

Ne présente à ce jour, aucune contre-indication à la pratique du **roller skating** en compétition.

Est apte à pratiquer en sur classement dans la catégorie immédiatement supérieure.

Fait à .....

Le .....

Signature

Cachet du médecin