

CERTIFICAT MÉDICAL ANNUEL

Je soussigné, Docteur _____

Certifie avoir examiné M./Mme _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes apparents contre-indiquant la pratique du Basket Détente, pour la saison 2013/2014.

Date : _____

Cachet et signature du Médecin :