



Certificat médical

Saison 2013-2014

Je soussigné(e), Docteur.....

Certifie avoir examiné

Mme -Mlle -M. ⁽¹⁾

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 et :

- Autorise la participation aux compétitions dans sa catégorie ⁽¹⁾
- Autorise le simple surclassement ^{(1) (2)}

Fait à, le / /

Date, signature et cachet

**Ce certificat est à donner OBLIGATOIREMENT
pour l'inscription au TOULON VAR ESCRIME**

(1) Rayer les mentions inutiles

(2) Le simple surclassement permet à l'escrimeur de pratiquer en compétition dans la catégorie d'âge supérieure.