



Certificat Médical

Je soussigné(e), Docteur : _____

Certifie avoir examiné ce jour : _____

Né(e) le _____

Et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique de la natation, de l'eau libre en loisir et/ou en compétition.

Date : ____/____/____

Signature et tampon du praticien :