



CERTIFICAT MEDICAL

SAISON 2017 - 2018

Je soussigné, docteur _____, certifie que

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Ne présente aucune contre indication à la pratique de l'escrime, en compétition, dans sa catégorie et en simple surclassement.

Date de délivrance du certificat : _____

Cachet et signature du médecin

