

CERTIFICAT MEDICAL

Pris en application des articles L.231-2 et L.231-3 du Code du sport

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,
certifie que l'examen de M/Mme _____

Date de naissance : _____ Age : _____

Demeurant à : _____

ne présente aucune contre-indication à la pratique du Squash :

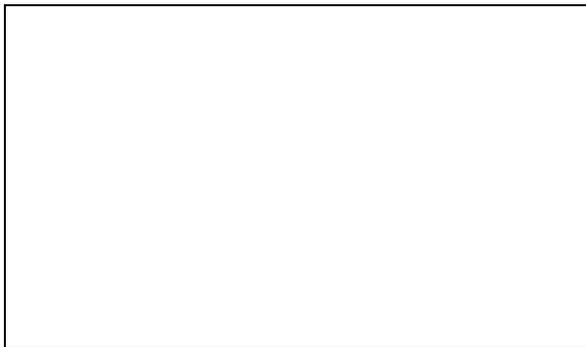
en loisir

en compétition

Certificat établi à : _____

Date: _____

Signature du Médecin :



Cachet du médecin

Ce certificat médical, établi par le médecin de votre choix, doit être délivré suivant la réglementation en vigueur et être daté de moins de douze mois au moment de la demande ou du renouvellement de l'adhésion.