



CERTIFICAT MÉDICAL (obligatoire pour surclassement)

Je soussigné(e), Dr _____

Date de l'examen : ____ / ____ / ____

Certifie que : _____

- Ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller-hockey :
- ☐ En loisir
- ☐ En compétition
- ☐ Est apte à pratiquer dans des compétitions immédiatement supérieures (sur-classement)

signature et tampon