

Exemplaire à remettre avec votre demande de licence



49601 BEAUPREAU - BP 40029  
Mail : ententedesmauges@wanadoo.fr - Tél 02 41 63 55 76

# Certificat Médical

pour la pratique de l'ATHLÉTISME

(à faire remplir par votre médecin)

Je soussigné, Docteur .....

Certifie que M. ....

né(e) le .....

**Ne présente aucune contre-indication à la pratique de l'Athlétisme en compétition<sup>(1)</sup>**

*(1)Rayer le mot compétition en cas d'inaptitude*

Cachet et Signature :

Fait à .....

Le .....

**Exemplaire à conserver**



49601 BEAUPREAU - BP 40029  
Mail : ententedesmauges@wanadoo.fr - Tél 02 41 63 55 76

# Certificat Médical

pour la pratique de l'ATHLÉTISME

(à faire remplir par votre médecin)

Je soussigné, Docteur .....

Certifie que M. ....

né(e) le .....

**Ne présente aucune contre-indication à la pratique de l'Athlétisme en compétition<sup>(1)</sup>**

*(1)Rayer le mot compétition en cas d'inaptitude*

Cachet et Signature :

Fait à .....

Le .....