

Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur,
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle,
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique de l'**Ultimate Frisbee**,

- en loisir
- en compétition
- Surclassé (e)
- Doublement Surclassé (e)

Fait à **Cachet du médecin** **Signature** **Date**
(avec N° d'Ordre)

Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur,
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle,
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique du **Disc Golf**,

- en loisir
- en compétition
- Surclassé (e)

Fait à **Cachet du médecin** **Signature** **Date**
(avec N° d'Ordre)

Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur,
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle,
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique des **Activités Sportives**,

- en loisir
- en compétition
- Surclassé (e)
- Doublement Surclassé (e)

Fait à **Cachet du médecin** **Signature** **Date**
(avec N° d'Ordre)

Attestation

Je soussigné Mr, Mme,
atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et
avoir **répondu par la négative** à l'ensemble des rubriques.

Fait à

Signature

Date



Attestation pour les mineurs

Je soussigné Mr, Mme,
en ma qualité de représentant légal de,
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01
et a **répondu par la négative** à l'ensemble des rubriques.

Fait à

Signature du représentant Légal

Date