



**~ CERTIFICAT MEDICAL ~**

Je, soussigné (e), Dr \_\_\_\_\_ Date de l'examen \_\_\_\_\_

certifie que Mlle, Mme, M. (nom + prénom) \_\_\_\_\_

- ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller et/ou roller hockey en compétition et en tant qu'arbitre/juge

- est apte à pratiquer dans des compétitions de la catégorie d'âge immédiatement supérieure (*à rayer suivant le cas*)

Signature et cachet du Médecin,