

Nom de l'évènement

24 Heures du Mans Rollers

Nom de l'équipe

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr..... Docteur en médecine,

certifie que Melle/Mme/M ,

né(e) le/...../..... à,

ne révèle pas de contre indication à la pratique du roller-skating en compétition et loisirs.

Fait le, à

Signature et cachet du médecin