VINCENNES ATHLETIC

CERTIFICAT MEDICAL

Pris en application des articles L.231-2 et L.231-3 du Code du sport

Je soussigné, Docteur :

N° d'identification au conseil de l'ordre :

Certifie :

Avoir examiné ce jour M. / Melle :

Né(e) le :

Demeurant à :

N'avoir pas constaté de contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition.

Fait à _____, le ____/____/____

Cachet et signature du médecin

(soit le certificat médical datant de moins de 3 mois, obligatoire pour les nouveaux inscrits soit compléter l'attestation sur le site de la FFA suite à la réception du courriel)