

COMITE D'ILLE ET VILAINE DE TENNIS DE TABLE
13B Avenue de Cucillé – 35065 RENNES CEDEX

CERTIFICAT MEDICAL

(préalable à la pratique du tennis de table en compétition)

Je soussigné , Docteur en Médecine, certifie avoir examiné :

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

Et n’avoir constaté, ce jour, aucun signe semblant contre-indiquer la pratique du Tennis de Table, y compris en compétition.

Le/...../.....

N° Ordre (ADELI) :

Cachet du Médecin :

NB - Lorsque le Médecin ne reconnaîtra aucune aptitude, il ne délivrera pas de certificat.

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE LICENCIÉ

Nom : Prénom :

N° de licence : (si licencié la saison passée)

Nom de l’association : VITRE AURORE N° 07350021

SAISON 20..../20.... Date et signature:

COMITE D'ILLE ET VILAINE DE TENNIS DE TABLE
13B Avenue de Cucillé – 35065 RENNES CEDEX

CERTIFICAT MEDICAL

(préalable à la pratique du tennis de table en compétition)

Je soussigné , Docteur en Médecine, certifie avoir examiné :

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

Et n’avoir constaté, ce jour, aucun signe semblant contre-indiquer la pratique du Tennis de Table, y compris en compétition.

Le/...../.....

N° Ordre (ADELI) :

Cachet du Médecin :

NB - Lorsque le Médecin ne reconnaîtra aucune aptitude, il ne délivrera pas de certificat.

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE LICENCIÉ

Nom : Prénom :

N° de licence : (si licencié la saison passée)

Nom de l’association : VITRE AURORE N° 07350021

SAISON 20..../20.... Date et signature: