

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr _____ Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de M/Mme _____

Né(e) le _____

Ne révèle pas de contre-indication à **la pratique du roller en compétition.**

Certificat établi à _____, le _____

Signature du médecin et tampon du médecin

MEDICAL CERTIFICATE

I, the undersigned Dr _____ Doctor of medicine,

Certify that the examination of Mr/Mrs _____

Date of birth : _____

Reveals no contraindications for **participating in a rollerskating competition**

Medical certificate issued in (place) : _____

Date :

Doctor sign :

Doctor stamp :