

CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU PADDLE

Je soussigné(e), _____,

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné

Mr/Mme _____

Né(e) le _____

Et avoir constaté, à ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique du Paddle en compétition.

Fait à _____,

Le _____

Signature :