

Je soussigné,
Docteur.....

Atteste avoir délivré à M.....

Né(e) le

Un certificat de non contre-indication à la pratique de l'escrime.

- Autorise la participation aux compétitions dans sa catégorie (*)
- Autorise le simple surclassement (*)

Date, signature et cachet du Médecin

(*) Rayer les mentions inutiles