

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr _____, Docteur en médecine,

certifie que l'examen de M / Mme _____

Date de naissance : _____ Age : _____

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

Certificat établi à : _____

Date : _____ Signature du médecin : _____

Tampon du médecin :