CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) .....

Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné ce jour,

Mme - M. .....

et avoir constaté que l'intéressé(e) ne présente pas de contre-indication **à la pratique et à l'encadrement** du HOCKEY SUR GLACE.

Fait à .....,

le .....

Signature et cachet obligatoire :