



Secouristes Français  
Croix Blanche



# 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 sport et de la natation.

Certificat établi à : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature et tampon du médecin :