

# Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur .....,  
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle ....., né (e) le ...../...../.....,  
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique de **l'Ultimate Frisbee**,

- en loisir
- en compétition
- Surclassé (e)
- Doublement Surclassé (e)

Nombre de cases cochées : \_\_

**Fait à**

**Cachet du médecin**

(avec N° d'Ordre)

**Signature**

**Date**