SKI DE FOND ROLLERSKI BIATHLON
EQUIPE DE COMPETITION
A.S. EDELWEISS
VILLARD ST PANCRACE / BRIANCON

CERTIFICAT MEDICAL DE PRATIQUANT

Je soussigné.e, Dr _____ , atteste que la personne dénommée ci-dessous

Nom : _____ Prénom : _____

ne présente pas de contre-indication à la pratique du sport en compétition,

ne présente pas de contre-indication à la pratique du biathlon, y compris en compétition.

Date …….

Cachet et signature du médecin