

## Certificat Médical

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

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

**Fait à**                      **Cachet du médecin**                      **Signature**                      **Date**  
(avec N° d'Ordre)

## Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur .....,  
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle .....,  
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique du **Disc Golf**,

- en loisir
- en compétition
- Surclassé (e)

**Fait à**                      **Cachet du médecin**                      **Signature**                      **Date**  
(avec N° d'Ordre)

## Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur .....,  
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle .....,  
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique des **Activités Sportives**,

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

**Fait à**                      **Cachet du médecin**                      **Signature**                      **Date**  
(avec N° d'Ordre)