

# Certificat Médical



Je, soussigné Docteur .....

Docteur en médecine, certifie que : Mr, Mme .....

Né(e) en .....Age : .....

Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique de la natation.

A : .....Le : .....

Signature du médecin :

Tampon du médecin :