



Retraite Sportive Laval Agglo

Certificat Médical annuel préalable à la pratique Des sports d'entretien

SAISON : 01 / 09 / 2017 au 31 / 08 / 2018

Je soussigné, Docteur : _____

Demeurant : _____

Certifie avoir examiné :

Nom : _____

Prénom : _____

Demeurant : _____

Et avoir constaté qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication à la pratique de l'ensemble des activités proposées par la FFRS.

A L'EXCEPTION DE :

Date

**Signature et cachet
Du Médecin**