



CERTIFICAT MEDICAL 2015/2016

DATE DU CERTIFICAT MEDICAL :

Je soussigné(e) Docteur

Demeurant

Certifie avoir examiné

Mlle/Mme/Mr (rayer la mention inutile)

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Demeurant

Adhérent à l'association PARIS COCKERELS

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du Football Australien en compétition.

Cachet et signature du médecin