

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur

inscrit au tableau de l'ordre sous le numéro

certifie que M

né(e) le

ne présente pas de contre-indication à ce jour à la pratique de l'escrime en compétition dans sa catégorie.

Date, Signature et Cachet.

Il (elle) ne présente pas de contre indication à ce jour à la pratique de l'escrime en compétition dans la catégorie immédiatement supérieure à la sienne.

Date, Signature et Cachet.