

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e)

Docteur en Médecine,

Certifie avoir examiné ce jour,

Mme – Mr

Et avoir constaté que l'intéressé(e) ne présente pas de contre-indication à la pratique et à l'encadrement de la discipline TENNIS

Fait à

Le

Signature et cachet obligatoire :