



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr _____

Docteur en médecine, certifie avoir examiné :

Mr / Mme* : _____

Né(e) le : __/__/____

Demeurant : _____

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique *de la natation / du water-polo** **en compétition.**

Fait à : _____, le __/__/____

Signature et cachet du médecin

(*) *Rayer la mention inutile*