

ASSOCIATION SPORTIVE – SAINT JEAN HULST

CERTIFICAT MEDICAL TYPE

RUGBY

Je soussigné(e) _____, Docteur ne Médecine

Après avoir examiné ce jour :

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Né (e) : _____

Je constate qu'il-elle ne présente pas de contre-indication à la pratique du RUGBY en compétition comme en pratique Loisir.

Date :

Cachet :