



**CERTIFICAT MEDICAL AUTORISANT LA PRATIQUE DE L'ESCRIME
EN ATELIER THERAPEUTIQUE**

Je soussigné(e).....(NOM, Prénom)

Docteur en Médecine,

Enregistré(e) au Conseil de l'Ordre de

Sous le Numéro :/.....

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_| Ville :

certifie avoir examiné ce jour

NOM :

Prénom :

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

et n'avoir relevé aucun signe clinique, ni aucune contre-indication dans les antécédents, à la pratique de l'escrime, pour la saison en cours.

Pour la catégorie vétérans, le médecin doit disposer d'un électrocardiogramme datant de moins de 5 ans pour la catégorie V1, de moins de 3 ans pour la catégorie V2 et de moins de 2 ans pour la catégorie V3 et V4

Le/la patient/e n'est pas sous traitement anticoagulant.

Fait à

Signature

Le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Cachet

Le certificat médical ne peut être établi qu'à partir du début de saison.

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres