

## CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE L'ESCRIME SANTE

Je soussigné(e), Docteur

Certifie, après avoir examiné Mme,

Né(e) le

**Qu'aucun signe d'affection cliniquement décelable ce jour, ne contre indique la pratique de l'escrime santé « hors compétition » et note ci-dessous les restrictions éventuelles.**

Restrictions ou remarques éventuelles :

Date :

Signature

Cachet