



Certificat Médical

Je soussigné (e), Docteur

certifie avoir examiné ce jour : Monsieur Mademoiselle Madame

NOM

Prénom

Né(e) le | |

et n'avoir pas constaté de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique des patinage artistique,

y compris en compétition :

La durée de validité de ce certificat est de : (cochez la case)

3 ans à compter de la date où il a été établi

- pour les personnes de moins de -50 ans
- pour le patinage artistique hors compétition, si la licence sportive est renouvelée chaque année (le titulaire de la licence doit alors renseigner un auto-questionnaire de santé et déclarer son aptitude chaque année pendant la durée des 3 ans)

1 an à compter de la date où il a été établi :

- pour les personnes de plus de 50 ans
- pour la compétition
- en cas de handicap (physique – mental)

Ce certificat médical est établi pour faire valoir ce que de droit et remis en mains propres à l'intéressé.

Date : | |

Cachet du médecin

Signature du médecin