

COMITE D'ILLE ET VILAINE DE TENNIS DE TABLE
13 b, Avenue de Cucillé - 35065 RENNES CEDEX

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL

Je soussigné(e), Docteur

N° ordre :

certifie avoir examiné :

NOM :..... Prénom :

Né(e) le : Club :

et n'avoir constaté, ce jour, aucun signe semblant contre-indiquer la pratique du Tennis de Table en compétition.

Cachet du Médecin

Le

Signature du médecin

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE LICENCIE

Nom : Prénom :

N° Licence : (si licencié la saison dernière)

Nom de l'Association : ALB BRUZ Tennis de table N° : 03 35 0030

Saison : 2021 / 2022

Date et signature :