

CERTIFICAT MEDICAL

Saison 2011-2012



Je soussigné, docteur _____, certifie que



Nom : _____

Prénom : _____



Date de naissance : _____



ne présente aucune contre indication à la pratique de l'escrime en compétition.



Date de délivrance du certificat : _____



Cachet et signature du médecin :

