



BREIZH NAP

CERTIFICAT MEDICAL SAISON 2023 / 2024

Je, soussigné Docteur.....

ou Médecin diplômé de médecine subaquatique Médecin fédéral n°

ou Médecin du sport.....

Certifie avoir examiné ce jour

Nom Prénom.....

Né(e) le / /

Demeurant

Code Postal Ville

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique des activités fédérales de loisir suivantes : Nage avec palmes.

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations de contre-indication aux compétitions dans la discipline suivante : Nage avec palmes.

Remarques éventuelles

.....
.....
.....

Fait à le / /

Signature et cachet

