

# Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur .....

certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle .....

et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique du **Disc Golf**,

- en loisir
- en compétition
- Surclassé (e)

**Fait à**

**Cachet du médecin**

(avec N° d'Ordre)

**Signature**

**Date**

FEDERATION FLYING DISC FRANCE