

**Certificat Médical de non contre-indication
à la pratique de la Nage Avec Palmes**

Je soussigné, Docteur :

Certifie avoir examiné :

Mr,Mme, Melle :

Né(e) le :

Demeurant à :

Et déclare qu'il (elle) ne présente pas ce jour de non contre-indication cliniquement décevable à la pratique de la Nage Avec Palmes de compétition.

Fait à:

Le:

Signature et tampon(obligatoire):