



Cercle Omnisports ParisCentre

A T k i d o - B a d m i n t o n - E s c r i m e - G y m - R o l l e r - V o l l e y - Y o g a

Club affilié à l'O.M.S. de Paris Centre.

CERTIFICAT MÉDICAL AUTORISANT LA PRATIQUE DU VOLLEY-BALL

Je soussigné(e) (NOM, Prénom)

Docteur en médecine,

enregistré au conseil de l'Ordre de

Sous le numéro :/.....

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_| Ville :

certifie avoir examiné ce jour

NOM :

Prénom :

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

et n'avoir relevé aucun signe clinique, ni aucune contre-indication dans les antécédents, à la pratique du **volley-ball**, pour la saison courant du 1 septembre au 30 juin.

Barrer les mentions inadaptées, si applicable :

- autorisation de la pratique en compétition
- autorisation de surclassement dans la catégorie supérieure

Fait à Le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Signature

Cachet

Le certificat médical peut être établi à partir du 1er septembre.

Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en mains propres