

**CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL**

Je soussigné, docteur en médecine, certifie avoir examiné :

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... Club : .....

et n'avoir constaté, ce jour, aucun signe semblant contre-indiquer la pratique du Tennis de Table, **en compétition.**

Cachet du Médecin

Le ..... / ..... / .....  
Signature du Médecin

**A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE LICENCIÉ**

Nom : ..... Prénom : .....

N° de Licence : ..... (Si licencié la saison dernière)

Nom de l'association ..... n° **03 35** .....

Saison : 20..... / 20.....

Date et Signature

**CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL**

Je soussigné, docteur en médecine, certifie avoir examiné :

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... Club : .....

et n'avoir constaté, ce jour, aucun signe semblant contre-indiquer la pratique du Tennis de Table, **en compétition.**

Cachet du Médecin

Le ..... / ..... / .....  
Signature du Médecin

**A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE LICENCIÉ**

Nom : ..... Prénom : .....

N° de Licence : ..... (Si licencié la saison dernière)

Nom de l'association ..... n° **03 35** .....

Saison : 20..... / 20.....

Date et Signature