

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,
certifie que l'examen de M/Mme _____

Date de naissance : _____ Age : _____

ne révèle pas de **contre-indication à la pratique de l'eau libre en compétition.**

Certificat établi à : _____

Date: _____ Signature du Médecin : _____

Tampon du médecin :