

Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur
certifie que Mr, Mme, Mlle
ne présente pas de contre-indication à la pratique de l'**Ultimate Frisbee**,

- en loisir
- en compétition
- Surclassement autorisé
- Double Surclassement autorisé

Fait à

Cachet du médecin
(avec N° d'Ordre)

Signature

Date

FFDF

Certificat Médical

Je soussigné (e) Docteur
certifie que Mr, Mme, Mlle
ne présente pas de contre-indication à la pratique du **Disc Golf**,

- en loisir
- en compétition
- Surclassement autorisé

Fait à

Cachet du médecin
(avec N° d'Ordre)

Signature

Date

FFDF