

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur

certifie avoir examiné, en respectant l'examen médico-sportif recommandé par Swiss Olympic

○M^{me} ○M.: _____

né(e) le (jj/mm/aaaa) : _____

et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique du RUGBY en compétition

Date (jj/mm/aaaa) : _____

Signature et tampon du praticien

obligatoires