

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné (e) docteur

certifie avoir examiné

M.

et n'avoir constaté, à ce jour aucune contre-indication à la
pratique du Tennis de Table en compétition.

Fait à _____, le _____

Cachet (numéro d'ordre indispensable pour la demande de licence)

Signature du Médecin