

Certificat Médical

A remplir par le médecin

Je soussigné Mr

Certifie avoir vu M/Mme

Né le ___ / ___ / _____

Et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes apparants contre-indiquant la pratique du basket ou du sport.

Fait le **à**

Signature du médecin :

Cachet :

