

Club de Tennis d'Achicourt

Certificat médical

Dans le cadre des articles 27, 28 et 29 des règlements sportifs de la Fédération Française de Tennis, pris en application des articles L.231-2 et L.231-3 du Code du Sport.

Saison sportive : 20____ / 20____

Je soussigné(e) , Docteur _____

Certifie avoir examiné Mlle / Mme / Mr _____

Né(e) le ____ / ____ / ____ à _____

Demeurant à _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du tennis et des sports suivants,

y compris en compétition : _____

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

CACHET et Signature du Médecin,

A imprimer, remplir de façon manuscrite, dater, signer
et à envoyer à :

Mr Marcel LE PAPE
Club Tennis Achicourt
24 rue de Lyon
62217 ACHICOURT

Ou à remettre au trésorier, le jour de l'Assemblée Générale.