

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr _____ Docteur en médecine,
certifie que l'examen de M/Mme _____

Date de naissance _____ Age _____

ne révèle pas de contre-indication à la pratique du rollers en compétition.

Certificat établi à _____ le _____

Signature du médecin: _____

Tampon du médecin: