



FEDERATION FRANCAISE DE ROLLER SKATING

Certificat médical

Je soussigné, Dr, certifie que

Melle, Mme, M. (nom+prénom) :.....

- Ne présente aucune contre-indications à la pratique du roller skating en compétition**
- Est apte à pratiquer en surclassement (dans la catégorie immédiatement supérieure)**

Fait à, le

Signature et cachet du médecin



FEDERATION FRANCAISE DE ROLLER SKATING

Certificat médical

Je soussigné, Dr, certifie que

Melle, Mme, M. (nom+prénom) :.....

- Ne présente aucune contre-indications à la pratique du roller skating en compétition**
- Est apte à pratiquer en surclassement (dans la catégorie immédiatement supérieure)**

Fait à, le

Signature et cachet du médecin