



(1) ..... le .....

## **CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e), Docteur (1) .....

certifie que l'enfant .....

Ne présente aucune contre indication à la pratique du patinage sur glace.

Peut pratiquer le patinage sur glace en compétition.

(1) Numéro d'identification à l'ordre des médecins :  
.....

Numéro de téléphone : .....

Nombre de cases cochées : .....

Signature :

**(1)** Éléments indispensables pour la saisie informatique de la licence