



Certificat Médical

Je soussigné(e), Docteur :

Certifie avoir examiné ce jour : / /

Nom et prénom du nageur

Né(e) le : / /

Et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique de la natation, de l'eau libre en loisir et/ou en compétition.

Date : / /

Signature et tampon du praticien :