



## Certificat Médical

Je, soussigné \_\_\_\_\_  
Docteur en Médecine, certifie avoir examiné

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_

Date de l'examen \_\_\_\_\_

et n'avoir pas constaté à la date de ce jour de contre-indication clinique à la pratique sur roller et skateboard, y compris en compétition.

Date et lieu \_\_\_\_\_

Signature du médecin