



CERTIFICAT MEDICAL 2024-2025

ROLLER/ ROLLER HOCKEY

Date de l'examen/...../.....

Je soussigné.e, Dr.....

Certifie que.....

- ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller en compétition
- ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller hockey en compétition
- est apte à pratiquer des compétitions dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure (à rayer si ce n'est pas le cas)

Signature et cachet du médecin :