

CERTIFICAT MEDICAL

A faire remplir par votre médecin traitant

Certificat Médical (valable un an)

Dans le cadre de l'article II.3.2 du règlement technique de la FFVoile
Pris en application des articles L.231-2, L231-2-1 du Code du Sport

Je soussigné(e), Docteur :certifie avoir examiné ce jour

Nom Prénomné(e) le

et certifie que son état de santé ne contre indique pas

la pratique de la voile

y compris en compétition.

Fait le à

Signature et cachet du médecin examinateur