



**CERTIFICAT MÉDICAL
APTITUDE À LA PRATIQUE DU SPEED BADMINTON
(EN COMPÉTITION)**

Je soussigné(e),
Docteur

Certifie que M Mme Mlle

NOM

PRÉNOM

ÂGE

**Ne présente aucune contre-indication à la
pratique du Speed badminton où toute(s)
autre(s) activité(é) physique(s)**

CERTIFICAT DÉLIVRÉ À LA DEMANDE DE L'INTERESSÉ(E) ET REMIS EN MAIN PROPRE

Date

Cachet et signature du praticien