



CERTIFICAT MEDICAL

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....
.....
.....

Date et signature du joueur :

PARTIE A COMPLETER PAR LE MEDECIN

Je, soussigné (e), Docteur.....certifie avoir examiné M.....
et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication à la pratique du Tennis de Table en
compétition .

Fait à : Le :

Cachet et signature du médecin

