



**CERTIFICAT MEDICAL**  
ANNEE SPORTIVE 2021 – 2022

Je, soussigné(e), Docteur .....

atteste avoir délivré à Mme – Mlle – M. (\*)

NOM : .....

PRENOM : .....

un certificat de « non contre-indication » à la pratique de l'escrime et qui autorise également :

- la participation aux compétitions dans sa catégorie (\*)
- le simple surclassement (\*)

Date ..... / ..... / .....

Signature du médecin

Cachet du médecin

(\*) rayer les mentions inutiles