

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE À LA PRATIQUE DE L'ESCRIME SPORTIVE

Je soussigné(e), Dr _____ *[Nom du médecin]*, médecin agréé, certifie avoir examiné :

Nom et prénom du pratiquant : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Après examen, je déclare que cette personne est :

- Apt(e) à la pratique de l'escrime sportive sans restriction
- Apt(e) à la pratique de l'escrime sportive avec restrictions suivantes :

_____ 1 9 _____ 2 7 _____

[Biffer les mentions inutiles]

✦ Ce certificat est valable pour l'année sportive 20__ – 20__ et doit être remis au Cercle Royal d'Escrime Detaille.

💡 Pour les mineurs, le certificat engage également le parent ou tuteur légal à informer le club de toute condition médicale particulière pouvant influencer la pratique de l'escrime.

Lieu et date : _____

Signature et cachet du médecin :