

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur : _____

Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme :

Né(e) le : __/__/__

Demeurant à : _____

Club d'appartenance : _____

Et n'avois pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique

- du Tennis/ Para Tennis /Beach Tennis /Padel / Courte Paume
- y compris en compétition
- hors compétition (pratique loisir)

Fait à _____, le __/__/20__

Signature du Médecin

Cachet du Médecin