

Certificat médical pour le
COMITE D'ILLE ET VILAINE DE TENNIS DE TABLE

13 b Avenue de Cucillé 35065 RENNES Cedex

- Je soussigné,, docteur en médecine, certifie avoir examiné :

NOM : Prénom :

Né (e) le : Club : MELESSE PING.

Et n'avoir constaté, ce jour, aucun signe semblant contre-indiquer la pratique du tennis de table.

Signature et cachet du médecin
(avec n° adeli)

Le / / 2014

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE LICENCIÉ

NOM :Prénom :

N° de licence : (si licencié la saison dernière)

Nom de l'association : MELESSE PING

Adresse mail :Portable.....

Saison 2014 – 2015

Le / / 2014

Signature