



FICHE D'INSCRIPTION

Informations personnelles

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél :

Email :

Profession :

Certificat Médical

Je soussigné Dr Docteur en médecine

Certifié que l'examen de M/Mme

Date de naissance Age :

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de sport.

Certificat établi à :

Date :

Signature et cachet du médecin