

Certificat Médical Flying Disc

Je soussigné (e) Docteur,
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle, né (e) le/...../.....,
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique des disciplines de **Flying Disc** (Ultimate / Disc Golf / DDC / Guts / Disciplines individuelles)

- en loisir
- en compétition
- Surclassé (e) (pratique dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure)
- Doublement Surclassé(e) (pratique dans les deux catégories d'âge immédiatement supérieures)

Indiquer le nombre de cases cochées

Fait à

Cachet du médecin

Signature

Le

(avec N° d'Ordre)



Je soussigné (e) Docteur,
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle, né (e) le/...../....., et
n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique du **Disc Golf**,

- en compétition
- Surclassé (e) (pratique dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure pour les juniors)
- Doublement Surclassé(e) (pratique dans les deux catégories d'âge immédiatement supérieures)

Indiquer le nombre de cases cochées

Fait à

Cachet du médecin

Signature

Le

(avec N° d'Ordre)

Attestation

Je soussigné Mr, Mme, atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir **répondu par la négative** à l'ensemble des rubriques.

Fait à

Signature

Date



Attestation pour les mineurs

Je soussigné Mr, Mme,
en ma qualité de représentant légal de,
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et
a **répondu par la négative** à l'ensemble des rubriques.

Fait à

Signature du représentant Légal

Date