



CERTIFICAT MÉDICAL

Non-contre-indication à la pratique du badminton

Je soussigné(e), Docteur :

Nom et prénom du médecin : _____

N° RPPS : _____

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

et n'avoir constaté, à l'issue de cet examen, **aucune contre-indication médicale apparente à la pratique du badminton**, en loisir et/ou en compétition.

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e), pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / ____

Signature et cachet du médecin