



Membre de la Fédération Francophone Belge de Natation



CERTIFICAT MEDICAL

A l'attention des membres pratiquants NON-LICENCIES

Saison : 20..... – 20.....

Je soussigné(e), Docteur en médecine, certifie avoir examiné, ce jour,

Mlle, Mme, Mr (nom et prénom en caractères d'imprimerie), né(e) le /

..... / de nationalité domicilié(e) Rue

....., n°, Boîte à

(code postal) (localité)

et n'ai décelé dans son état actuel aucune anomalie susceptible de lui interdire la pratique de la natation.

Cachet du médecin

Fait à le / /