

Certificat Médical d'aptitude à la pratique du TOUCH :

Je, soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné ce jour (Nom, prénom)

et déclare qu'il / elle ne présente aucune contre-indication médicale apparente à la pratique du TOUCH à l'entraînement comme en compétition.

A : le :

Cachet et signature du médecin :

Code RPPS :