

Certificat médical

Je soussigné, Docteur _____

Certifie que (nom et prénom de l'athlète) _____
_____, née le _____

Ne présente aucune contre-indication à la pratique du Twirling Bâton :

Hors compétition

Y compris en compétition

Date de l'examen : _____

Cachet et signature :