

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)

