

**CERTIFICAT MEDICAL AUTORISANT LA PRATIQUE DE L'ESCRIME
EN ATELIER THERAPEUTIQUE**

Je soussigné(e).....(NOM, Prénom)

Docteur en Médecine,

Enregistré(e) au Conseil de l'Ordre de

Sous le Numéro :/.....

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :.....

certifie avoir examiné ce jour

NOM :

Prénom :

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

et n'avoir relevé aucun signe clinique, ni aucune contre-indication dans les antécédents, à la pratique de l'escrime, pour la saison 2017-2018, courant du 1^{er} septembre 2017 au 31 août 2018.

Pour les personnes des catégories vétérans (V1 : nées entre le 01/09/68 et le 31/12/78 - V2 : 01/09/58 et le 31/08/68 - V3 : nées avant le 01/09/58), le médecin doit disposer d'un électrocardiogramme datant de moins de 5 ans pour la catégorie V1, de moins de 3 ans pour la catégorie V2, de moins de 2 ans pour la catégorie V3.

Le/la patient/e n'est pas sous traitement anticoagulant.

Fait à
Signature

Le _ _ _ _ _ _ _ _
Cachet

Le certificat médical ne peut être établi qu'à partir du 1^{er} septembre 2016.

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres