

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 2020-2021, courant du 1er septembre 2020 au 31 août 2021.

Pour la catégorie vétérans, le médecin doit disposer d'un électrocardiogramme datant de moins de 5 ans pour la catégorie V1 (né entre 1972 et 1981), de moins de 3 ans pour la catégorie V2 (nées entre 1962 et 1971), de moins de 2 ans pour la catégorie V3 et V4 (nés en 1961 et avant).

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

Fait à	Le _ _ _ _ _ _ _ _
Signature	Cachet

Le certificat médical ne peut être établi qu'à partir du 1^{er} septembre 2020.

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