

ANNÉE SPORTIVE : -	MATRICULE DU CLUB	
VOLET A	N° LICENCE	

Je soussigné :

Docteur en médecine sportive (n°

Certifie que Mné(e) le
est apte à la pratique de la gymnastique.

Date de l'examen :
Signature et cachet du médecin

TALON CLUB A CONSERVER

CERTIFICAT COMPLET ENVOYÉ A LA FfG LE

ANNÉE SPORTIVE : -	MATRICULE DU CLUB	
VOLET B	N° LICENCE	

Je soussigné :

Docteur en médecine sportive (n°

Certifie que Mné(e) le
adresse :

Pratiquant la GAM-GAF-GR-TRA-TUM-ACRO-Pk, en Div. I et II (*)
A raison deh/sem. est apte à la pratique de la gymnastique

Date de l'examen :
Signature et cachet du médecin

CERTIFICAT MEDICAL

A remplir par le médecin sportif de votre choix
(*) Entourer mention valable

A REMETTRE ENTIÈREMENT COMPLÉTÉ À LA FfG



ANNÉE SPORTIVE : -	MATRICULE DU CLUB	
VOLET A	N° LICENCE	

Je soussigné :

Docteur en médecine sportive (n°

Certifie que Mné(e) le
est apte à la pratique de la gymnastique.

Date de l'examen :
Signature et cachet du médecin

TALON CLUB A CONSERVER

CERTIFICAT COMPLET ENVOYÉ A LA FfG LE

ANNÉE SPORTIVE : -	MATRICULE DU CLUB	
VOLET B	N° LICENCE	

Je soussigné :

Docteur en médecine sportive (n°

Certifie que Mné(e) le
adresse :

Pratiquant la GAM-GAF-GR-TRA-TUM-ACRO-Pk, en Div. I et II (*)
A raison deh/sem. est apte à la pratique de la gymnastique

Date de l'examen :
Signature et cachet du médecin

CERTIFICAT MEDICAL

A remplir par le médecin sportif de votre choix
(*) Entourer mention valable

A REMETTRE ENTIÈREMENT COMPLÉTÉ À LA FfG