



Membre de la Fédération Francophone Belge de Natation

Certificat Médical

A l'attention des membres pratiquants NON-LICENCEES

Saison : 20..... - 20.....

Je soussigné(e), ..... docteur en médecine, certifie avoir

examiné ce jour Mr, Mme, Melle ..... (nom et prénom en caractère d'imprimerie)

né(e) le ...../...../..... de nationalité.....

et domicilié(e) rue ..... n°.....

à (code postal) ..... (localité) .....

et n'ai décelé dans son état actuel aucune anomalie susceptible de lui interdire la pratique de la natation

Cachet du médecin

Fait à .....le .....  
Signature



Membre de la Fédération Francophone Belge de Natation

Certificat Médical

A l'attention des membres pratiquants NON-LICENCEES

Saison : 20..... - 20.....

Je soussigné(e), ..... docteur en médecine, certifie avoir

examiné ce jour Mr, Mme, Melle ..... (nom et prénom en caractère d'imprimerie)

né(e) le ...../...../..... de nationalité.....

et domicilié(e) rue ..... n°.....

à (code postal) ..... (localité) .....

et n'ai décelé dans son état actuel aucune anomalie susceptible de lui interdire la pratique de la natation

Cachet du médecin

Fait à .....le .....  
Signature



Membre de la Fédération Francophone Belge de Natation

Certificat Médical

A l'attention des membres pratiquants NON-LICENCEES

Saison : 20..... - 20.....

Je soussigné(e), ..... docteur en médecine, certifie avoir

examiné ce jour Mr, Mme, Melle ..... (nom et prénom en caractère d'imprimerie)

né(e) le ...../...../..... de nationalité.....

et domicilié(e) rue ..... n°.....

à (code postal) ..... (localité) .....

et n'ai décelé dans son état actuel aucune anomalie susceptible de lui interdire la pratique de la natation

Cachet du médecin

Fait à .....le .....  
Signature



Membre de la Fédération Francophone Belge de Natation

Certificat Médical

A l'attention des membres pratiquants NON-LICENCEES

Saison : 20..... - 20.....

Je soussigné(e), ..... docteur en médecine, certifie avoir

examiné ce jour Mr, Mme, Melle ..... (nom et prénom en caractère d'imprimerie)

né(e) le ...../...../..... de nationalité.....

et domicilié(e) rue ..... n°.....

à (code postal) ..... (localité) .....

et n'ai décelé dans son état actuel aucune anomalie susceptible de lui interdire la pratique de la natation

Cachet du médecin

Fait à .....le .....  
Signature