



Membre de la Fédération Francophone Belge de Natation

## CERTIFICAT MEDICAL

A l'attention des membres pratiquants NON-LICENCIES

Saison : 20..... – 20.....



Je soussigné(e) ....., Docteur en médecine, certifie avoir examiné, ce jour,

Mlle, Mme, Mr ..... (nom et prénom en caractères d'imprimerie),

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

domicilié(e) Rue ....., n° ....., Boîte .....

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 ..... / ..... / .....