



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur _____

Certifie que _____

- Ne présente aucune affection contre-indiquant le séjour en collectivité, aucune anomalie ou infirmité d'ordre ostéo-articulaire, nerveux, physique ou sensoriel, incompatible avec le séjour en collectivités.
- Est apte à la pratique du ROLLER LOISIR.
- Est apte à la pratique du ROLLER de COMPETITION.
- Est apte à pratiquer en simple sur-classement (dans la catégorie immédiatement supérieure).
- Est apte à la pratique en double sur-classement (2catégories supérieure).

Ne présente aucune allergie suivante ou est traité pour celle-ci :

Asthme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Autres	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Les quelles :		

Si certaines allergies sont connues précisez la conduite à tenir :

A..... Le



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur _____

Certifie que _____

- Ne présente aucune affection contre-indiquant le séjour en collectivité, aucune anomalie ou infirmité d'ordre ostéo-articulaire, nerveux, physique ou sensoriel, incompatible avec le séjour en collectivités.
- Est apte à la pratique du ROLLER LOISIR.
- Est apte à la pratique du ROLLER de COMPETITION.
- Est apte à pratiquer en simple sur-classement (dans la catégorie immédiatement supérieure).
- Est apte à la pratique en double sur-classement (2catégories supérieure).

Ne présente aucune allergie suivante ou est traité pour celle-ci :

Asthme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Autres	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Les quelles :		

Si certaines allergies sont connues précisez la conduite à tenir :

A..... Le

Cachet et signature du médecin