

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur _____

Certifie que _____

- Ne présente aucune affection contre-indiquant le séjour en collectivité, aucune anomalie ou infirmité d'ordre osté-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 (2 catégories 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 :



NOMBRES DE CASE COCHE

A..... Le
Cachet et signature du médecin