

## 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, ARTISTIQUE.
- 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 checked="" 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