







Planche de 6 certificats médicaux (à découper)

 <p align="center">FEDERATION FRANCAISE DE ROLLER SKATING</p> <p align="center">Certificat médical</p> <p>Je soussigné, Dr, certifie que</p> <p>Melle, Mme, M. (nom+prénom) :</p> <p><input type="checkbox"/> ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives (dans le cas d'une première licence sportive)</p> <p><input type="checkbox"/> ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller skating en compétition</p> <p><input type="checkbox"/> est apte à pratiquer en surclassement (dans la catégorie immédiatement supérieure)</p> <p>Fait à, le</p> <p>Signature et cachet du Médecin,</p>	 <p align="center">FEDERATION FRANCAISE DE ROLLER SKATING</p> <p align="center">Certificat médical</p> <p>Je soussigné, Dr, certifie que</p> <p>Melle, Mme, M. (nom+prénom) :</p> <p><input type="checkbox"/> ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives (dans le cas d'une première licence sportive)</p> <p><input type="checkbox"/> ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller skating en compétition</p> <p><input type="checkbox"/> est apte à pratiquer en surclassement (dans la catégorie immédiatement supérieure)</p> <p>Fait à, le</p> <p>Signature et cachet du Médecin,</p>
 <p align="center">FEDERATION FRANCAISE DE ROLLER SKATING</p> <p align="center">Certificat médical</p> <p>Je soussigné, Dr, certifie que</p> <p>Melle, Mme, M. (nom+prénom) :</p> <p><input type="checkbox"/> ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives (dans le cas d'une première licence sportive)</p> <p><input type="checkbox"/> ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller skating en compétition</p> <p><input type="checkbox"/> est apte à pratiquer en surclassement (dans la catégorie immédiatement supérieure)</p> <p>Fait à, le</p> <p>Signature et cachet du Médecin,</p>	 <p align="center">FEDERATION FRANCAISE DE ROLLER SKATING</p> <p align="center">Certificat médical</p> <p>Je soussigné, Dr, certifie que</p> <p>Melle, Mme, M. (nom+prénom) :</p> <p><input type="checkbox"/> ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives (dans le cas d'une première licence sportive)</p> <p><input type="checkbox"/> ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller skating en compétition</p> <p><input type="checkbox"/> est apte à pratiquer en surclassement (dans la catégorie immédiatement supérieure)</p> <p>Fait à, le</p> <p>Signature et cachet du Médecin,</p>
 <p align="center">FEDERATION FRANCAISE DE ROLLER SKATING</p> <p align="center">Certificat médical</p> <p>Je soussigné, Dr, certifie que</p> <p>Melle, Mme, M. (nom+prénom) :</p> <p><input type="checkbox"/> ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives (dans le cas d'une première licence sportive)</p> <p><input type="checkbox"/> ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller skating en compétition</p> <p><input type="checkbox"/> est apte à pratiquer en surclassement (dans la catégorie immédiatement supérieure)</p> <p>Fait à, le</p> <p>Signature et cachet du Médecin,</p>	 <p align="center">FEDERATION FRANCAISE DE ROLLER SKATING</p> <p align="center">Certificat médical</p> <p>Je soussigné, Dr, certifie que</p> <p>Melle, Mme, M. (nom+prénom) :</p> <p><input type="checkbox"/> ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives (dans le cas d'une première licence sportive)</p> <p><input type="checkbox"/> ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller skating en compétition</p> <p><input type="checkbox"/> est apte à pratiquer en surclassement (dans la catégorie immédiatement supérieure)</p> <p>Fait à, le</p> <p>Signature et cachet du Médecin,</p>