

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) _____

Docteur en médecine, demeurant _____

certifie avoir examiné _____

né(e) le _____

et n'avoir constaté, à ce jour aucune contre-indication à la pratique du Tennis de Ta

Fait à _____ le _____

Cachet et signature du médecin

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) _____

Docteur en médecine, demeurant _____

certifie avoir examiné _____

né(e) le _____

et n'avoir constaté, à ce jour aucune contre-indication à la pratique du Tennis de Ta

Fait à _____ le _____

Cachet et signature du médecin