

**AFFILIATION 2024-2025****CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE  
INDICATION APPARENTE A LA PRATIQUE DU  
TENNIS**

Je soussigné (e) .....

Docteur(e) en médecine, déclare par la présente, avoir interrogé et examiné personnellement ce jour :

Madame/Monsieur :

NOM .....Prénom.....;  
(nom de jeune fille pour les dames)

Né(e) le : .....

Ne présente pas, sur base des examens réalisés, de contre-indication à la pratique du Tennis.

CACHET DU MEDECIN	Fait à .....
	Date .....
	Signature: