

AFFILIATION 2023-2024**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 :

NOMPrénom.....;
(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: