



**CERTIFICAT MEDICAL AUTORISANT LA PRATIQUE DE L'ESCRIME  
EN ATELIER THERAPEUTIQUE**

Je soussigné(e).....(NOM, Prénom)

Docteur en Médecine,

Enregistré(e) au Conseil de l'Ordre de .....

Sous le Numéro : ...../.....

Adresse : .....

Code Postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Ville : .....

certifie avoir examiné ce jour

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

et n'avoir relevé aucun signe clinique, ni aucune contre-indication dans les antécédents, à la pratique de l'escrime, pour la saison en cours.

Pour la catégorie vétérans, le médecin doit disposer d'un électrocardiogramme datant de moins de 5 ans pour la catégorie V1, de moins de 3 ans pour la catégorie V2 et de moins de 2 ans pour la catégorie V3 et V4

Le/la patient/e n'est pas sous traitement anticoagulant.

Fait à .....

Signature

Le |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Cachet

Le certificat médical ne peut être établi qu'à partir du début de saison.

*Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres*