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 2019-2020, courant du 1er septembre 2019 au 31 août 2020.

Pour la catégorie vétérans, le médecin doit disposer d'un électrocardiogramme datant de moins de 5 ans pour la catégorie V1 (né entre 1971 et 1980), de moins de 3 ans pour la catégorie V2 (nées entre 1961 et 1970), de moins de 2 ans pour la catégorie V3 et V4 (nés en 1960 et avant).

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

Fait à ……		Le ……I …… I ……
Signature :		Signature :

Le certificat médical ne peut être établi qu'à partir du 1er septembre 2020.

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