



**Certificat médical – Saison 2024 - 2025**

Je soussigné-e.....Docteur en médecine,  
certifie avoir examiné Mr/Mme ..... et  
l'avoir reconnu-e apte à la pratique du sport Kin-Ball.

Fait à .....le..... /...../.....

Signature et cachet du médecin,