



**Certificat médical – Saison 20... - 20...**

Je soussigné·e

Docteur.e en médecine,

certifie avoir examiné Mr/Mme

et avoir reconnu·e l'absence de contre-indication à la pratique du sport, et  
apte à la pratique du sport Kin-Ball.

Fait à ..... le..... /..... /.....

Signature et cachet du médecin,