

CERTIFICAT MEDICAL

Nom de l'événement: PARIS ROLLERS MARATHON

Date de l'épreuve: 15 Octobre 2017

Je soussigné Dr.

Docteur en médecine, certifie que

Melle/Mme/M ,

né(e) le/...../.....

à..... ,

ne révèle pas de contre indication à la pratique du roller skating en compétition.

Fait le, à

*Signature et
cachet du médecin*

Ce document est à fournir le jour du retrait des dossards