

# 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*