

**CERTIFICAT MEDICAL
POUR ACTIVITE : NATATION OU WATER POLO**

**Pour les nageurs ou poloïstes
Ayant au moins 1 « oui » au questionnaire de santé**

Je soussigné(e)

Docteur.....

Atteste que :

.....

Ne présente aucune contre - indication médicale relative à la pratique de la NATATION ou du WATERPOLO en COMPETITION

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

A, le

Signature et tampon du médecin :