



# Cercle Omnisports ParisCentre

Atkido - Badminton - Escrime - Gym - Roller - Volley - Yoga

Club affilié à l'O.M.S. de Paris Centre.

## CERTIFICAT MÉDICAL AUTORISANT LA PRATIQUE DU ROLLER

Je soussigné(e) ..... (NOM, Prénom)

Docteur en médecine,

enregistré au conseil de l'Ordre de .....

Sous le numéro : ...../.....

Adresse : .....

Code postal : |\_|\_|\_|\_| Ville : .....

certifie avoir examiné ce jour

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

et n'avoir relevé aucun signe clinique, ni aucune contre-indication dans les antécédents, à la pratique du roller, pour la saison  
saison courant du 1 septembre au 30 juin.

### ***Barrer les mentions inadaptées, si applicable :***

- autorisation de la pratique en compétition
- autorisation de surclassement dans la catégorie supérieure

Fait à ..... Le |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Signature

Cachet

**Le certificat médical peut être établi à partir du 1er septembre.**

Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en mains propres