



VISITE MEDICALE

Nom et prénom du membre :

Date de naissance :

ATTESTATION MEDICALE

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que le membre, dont la référence est reprise ci-dessus est

- Apte à suivre les entraînements en piscine pour l'année
- Inapte temporairement et ce jusqu'au..... /...../.....
- Inapte définitivement

CACHET

SIGNATURE

DATE