

Certificat d'aptitude à la pratique du ski

Je soussigné, Docteur

NOM.....Prénom.....

Adresse.....

Code PostalVille

TéléphoneMail

Au terme de l'examen du/...../.....

Certifie que l'enfant :

NOM.....Prénom.....

Date de naissance/...../.....

Adresse

Code PostalVille

Est apte à la pratique du ski.

Signature du médecin

Tampon (obligatoire)

