

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

ZONE RÉSERVÉE AU MÉDECIN

Je soussigné,

Nom, prénom: _____ Téléphone : _____

Titre et qualification : _____

Adresse _____ :

atteste que _____ ne présente aucune contre-indication
cliniquement décelable :

- ~ A la pratique du rugby en compétition, sauf aux postes de 1ère ligne
 ~ A la pratique du rugby en compétition, y compris aux postes de 1ère ligne

Le présent certificat a été établi à la demande du patient (ou de son représentant légal) et lui a été remis en main propre.

Date :

Signature et cachet obligatoires du praticien :