



CERTIFICAT MEDICAL (Année 2012)

À remettre au secrétaire de votre club

N° Affiliation..... Nom et Prénom.....
Matricule et Nom du Club : **4019 - Royal Tennis Club MALMEDY**
Je soussigné,..... docteur en médecine, certifie que
Le (la) joueur (euse) est :

APTE à la pratique du tennis ⁽¹⁾	INAPTE à la pratique du tennis ⁽¹⁾
--	--

⁽¹⁾ Biffer la mention inutile

A REMPLIR PAR LE CLUB
Inscrit en interclubs :
Catégorie..... N° d'ordre.....
Catégorie..... N° d'ordre.....
Catégorie..... N° d'ordre.....

Date, signature et cachet du médecin



CERTIFICAT MEDICAL (Année 2012)

À remettre au secrétaire de votre club

N° Affiliation..... Nom et Prénom.....
Matricule et Nom du Club : **4019 - Royal Tennis Club MALMEDY**
Je soussigné,..... docteur en médecine, certifie que
Le (la) joueur (euse) est :

APTE à la pratique du tennis ⁽¹⁾	INAPTE à la pratique du tennis ⁽¹⁾
--	--

⁽¹⁾ Biffer la mention inutile

A REMPLIR PAR LE CLUB
Inscrit en interclubs :
Catégorie..... N° d'ordre.....
Catégorie..... N° d'ordre.....
Catégorie..... N° d'ordre.....

Date, signature et cachet du médecin



CERTIFICAT MEDICAL (Année 2012)

À remettre au secrétaire de votre club

N° Affiliation..... Nom et Prénom.....
Matricule et Nom du Club : **4019 - Royal Tennis Club MALMEDY**
Je soussigné,..... docteur en médecine, certifie que
Le (la) joueur (euse) est :

APTE à la pratique du tennis ⁽¹⁾	INAPTE à la pratique du tennis ⁽¹⁾
--	--

⁽¹⁾ Biffer la mention inutile

A REMPLIR PAR LE CLUB
Inscrit en interclubs :
Catégorie..... N° d'ordre.....
Catégorie..... N° d'ordre.....
Catégorie..... N° d'ordre.....

Date, signature et cachet du médecin



CERTIFICAT MEDICAL (Année 2012)

À remettre au secrétaire de votre club

N° Affiliation..... Nom et Prénom.....
Matricule et Nom du Club : **4019 - Royal Tennis Club MALMEDY**
Je soussigné,..... docteur en médecine, certifie que
Le (la) joueur (euse) est :

APTE à la pratique du tennis ⁽¹⁾	INAPTE à la pratique du tennis ⁽¹⁾
--	--

⁽¹⁾ Biffer la mention inutile

A REMPLIR PAR LE CLUB
Inscrit en interclubs :
Catégorie..... N° d'ordre.....
Catégorie..... N° d'ordre.....
Catégorie..... N° d'ordre.....

Date, signature et cachet du médecin