**ROLLER SPORT SAINT PIERRAIS (RSSP)**

**131 RUE GALBOIS 76320 saint pierre les elbeuf**

**Certificat médical**

Je soussigné, Docteur ……………………………………………….. Certifie que

Melle, Mme Mr…………………………………………………………..

COCHER LA LIGNE CORRESPONDANTE A VOTRE DECISION.

--- ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller compétition

--- ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller loisirs

--- ne présente aucune contre-indication pour un sur classement.

Fait à ……………………………………………. Le …………………………………………

Signature et cachet du Médecin

**ROLLER SPORT SAINT PIERRAIS (RSSP)**

**131 RUE GALBOIS 76320 saint pierre les elbeuf**

**Certificat médical**

Je soussigné, Docteur ……………………………………………….. Certifie que

Melle, Mme Mr…………………………………………………………..

COCHER LA LIGNE CORRESPONDANTE A VOTRE DECISION.

--- ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller compétition

--- ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller loisirs

--- ne présente aucune contre-indication pour un sur classement.

Fait à ……………………………………………. Le …………………………………………

Signature et cachet du Médecin