



Ferme d'Apremont - Route de Verneuil

-60 300 APREMONT

Tél : 03 44 64 47 66

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), docteur :

Certifie avoir examiné ce jour M. Mme Mlle :

Né(e) le (jj/mm/aaaa) :

Et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique du POLO en compétition ou en loisir.

Date (jj/mm/aaaa) :

Signature *obligatoire*

Cachet du médecin