



CERTIFICAT MEDICAL FFSS

Je soussigné(e), docteur

Certifie avoir examiné ce jour
(NOM Prénom)

Né(e) le (JJ/MM/AAA)

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

Date :

Signature et tampon du praticien :
OBLIGATOIRE