

**CERTIFICAT MEDICAL AUTORISANT LA PRATIQUE DE L'ESCRIME  
EN ATELIER THERAPEUTIQUE**

---

Je soussigné(e).....(NOM, Prénom)

Docteur en Médecine,

Enregistré(e) au Conseil de l'Ordre de .....

Sous le Numéro : ...../.....

Adresse : .....

Code Postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Ville :.....

certifie avoir examiné ce jour

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

et n'avoir relevé aucun signe clinique, ni aucune contre-indication dans les antécédents, à la pratique de l'escrime, pour la saison 2017-2018, courant du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 31 août 2018.

Pour les personnes des catégories vétérans (V1 : nées entre le 01/09/68 et le 31/12/78 - V2 : 01/09/58 et le 31/08/68 - V3 : nées avant le 01/09/58), le médecin doit disposer d'un électrocardiogramme datant de moins de 5 ans pour la catégorie V1, de moins de 3 ans pour la catégorie V2, de moins de 2 ans pour la catégorie V3.

Le/la patient/e n'est pas sous traitement anticoagulant.

Fait à .....
Signature

Le  _ _   _ _   _ _ _ _
Cachet

Le certificat médical ne peut être établi qu'à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2016.

*Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres*