

Certificat médical

dans le cadre des articles 193, 194 et 195 des Règlements Sportifs de la FFT pris en application des articles
L. 231-2 à L. 231-2-2 du Code du Sport

Je soussigné Docteur _____

Demeurant à _____

Certifie avoir examiné ce jour

M / Mme / Melle _____

Né(e) le _____ / _____ / _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du

Tennis loisir

Tennis de compétition

Fait à	Date
Signature du médecin	Cachet du médecin