



Dans le cas où vous ne possédez pas de certificat médical de non contre-indication à la pratique du roller ou de la trottinette, merci de bien vouloir le faire remplir par votre médecin :

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU ROLLER OU TROTTINETTE FREESTYLE EN COMPÉTITION

Je soussigné.e,

Docteur _____,

Certifie avoir examiné

Mme M. Autre _____

Né(e) le / /

Et n'avoir pas constaté, ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du roller/trottinette à l'entraînement et en compétition présente aucune contre-indication à la pratique des disciplines de Roller et trottinette freestyle.

Et avoir constaté ce jour 1 ou des signe(s) clinique(s) apparent(s) nécessitant : Arrêt / Limitation du roller/trottinette pendant

Fait à _____,

Le / /

Signature

