

**Fédération Française de Longue Paume**

**Certificat médical annuel de Triple surclassement.**

je soussigné, Docteur .....

demeurant .....

certifie avoir examiné M /Mme .....

appartenant à l'association sportive de .....

et n'avoir pas constaté, après avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur,  
de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de la Longue Paume en Triple  
surclassement.

A....., le .....20

Cachet du Médecin

Signature du Médecin