

**Fédération Française de Longue Paume**

**Certificat médical annuel préalable à la pratique de La Longue Paume en compétition.**

je soussigné, Docteur .....

demeurant .....

certifie avoir examiné M /Mme .....

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

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de la Longue Paume en compétition.

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

Cachet du Médecin

Signature du Médecin