



CERTIFICAT MEDICAL (Année)

À remettre au secrétariat de votre club

N° affiliation : Nom et prénom :

Matricule et nom du club :

Je soussigné, docteur en médecine certifie que

Le(la) joueur(euse) est :

APTE à la pratique du tennis ⁽¹⁾	INAPTE à la pratique du tennis ⁽¹⁾
--	--

(1) Biffer la mention inutile

Date, signature et cachet du médecin

A REMPLIR PAR LE CLUB	
Inscrit en interclubs :	
Catégorie	N° d'ordre
Catégorie	N° d'ordre
Catégorie	N° d'ordre