



# CERCLE D'ESCRIME de Combs-la-Ville



## Certificat Médical Saison 2015 - 2016

Je soussigné(e), ....., Docteur en médecine, certifie après avoir examiné ....., née le ....., qu'aucun signe d'affection cliniquement décelable ne contre-indique la pratique de l'escrime, ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations et

- autorise la participation aux compétitions dans sa catégorie <sup>(1)</sup>
- autorise le simple surclassement <sup>(1) (2) (3)</sup>

Date .....

Signature et Cachet du médecin

- (1) Le cas échéant, rayer les mentions inutiles
- (2) Le simple sur-classement permet à l'escrimeur de pratiquer en compétition dans la catégorie d'âge supérieure.
- (3) Poussin et pupille 1 (**surclassement interdit** – jeunes nés en 2006 et après)