



CERTIFICAT MEDICAL (Année)

A remettre au secrétaire de votre club

N° d'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 les mentions inutiles

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