



**ASSOCIATION DES
SPORTS
EXTREMES DE
BESANCON**

Certificat médical – Saison 2019/2020

Je soussigné(e) Drcertifie que

NOM :Prénom : né (e) le :

Ne présente aucune contre-indication à la pratique du Roller en Compétition

Cachet et signature

Fait à, le