



**ASSOCIATION DES  
SPORTS  
EXTREMES DE  
BESANCON**

## Certificat médical – Saison 2021/2022

Je soussigné(e) Dr ..... certifie que

NOM : ..... Prénom : ..... né(e) le : .....

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

Cachet et signature :

Fait à ....., le .....