



CERTIFICAT MEDICAL (Année)
à remettre au secrétaire 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 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