



Certificat Médical (valable un an)

*Dans le cadre de l'article II.3.2 du règlement technique de la FFVoile
Pris en application des articles L.231-2, L231-2-1 du Code du Sport*

Je soussigné(e),

Docteur : certifie avoir examiné ce jour,

Nom Prénomné(e) le

et certifie que son état de santé ne contre indique pas

- la pratique du wingfoil
- y compris en compétition.

Fait le à

Signature et cachet du médecin examinateur

