



COMMISSION
MÉDICALE

LICENCE VÉTÉRAN

Je déclare avoir pris connaissance et avoir compris les informations au verso de ce document concernant ma santé et la pratique de l'escrime compétitions.

Je sollicite une licence vétéran.

Le tireur (NOM, Prénom)

Club : Date de naissance : / /

Niveau de compétitions pratiquées (le cas échéant) :

Fait le / / à

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Je soussigné(e), , docteur en médecine, avoir pris connaissance des informations au dos de ce document et

Certifie avoir examiné M

Né(e) le

habitant à

Entre 40 et 65 ans : certificat a faire tous les 3 ans, QS sport annuel

A partir de 65 ans : certificat medical annuel

Et n'avoir constaté ce jour aucune contre-indication à la pratique de l'escrime en compétition

Fait le / / à

Signature et cachet du médecin examinateur.