|  |  |
| --- | --- |
| **Fiche de renseignement**  Nom : …………………………………... Prénom : ………………………………  Date de naissance : ……./……./…… Nationalité : …………………………  Adresse : …………………………………………………………………………………………  Code postal : …………… Ville : ……………………….  Téléphone : …………………….  Portable : ………………………..  Adresse mail : ………………………………………………………………………………… | **Certificat médical**  Je soussigné Docteur ………………………………………..certifie avoir examiné ce jour,  M, Mme, Melle ……………………………………..  Né(e) le : …………………….  appartenant à l’Association Somain Rieulay Athlétisme et n’avoir pas constaté à ce jour de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de l’athlétisme , y compris en compétition  Cacher du médecin  A ……………………………………….  Le ……./……./…….  Signature |