|  |  |
| --- | --- |
| **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 compétitionCacher du médecinA ……………………………………….Le ……./……./…….Signature  |