**FBFAT**
Boulevard de l'Empereur 13
1000 BRUXELLES

CERTIFICAT MEDICAL
Saison 200…. 200…..

Je soussigné……

Docteur en médecine à……..

Certifie avoir examiné aujourd'hui M……

Né(e) le……habitant **(! adresse complète ou vignette mutuelle)**
localité……
Rue……..N°……

et déclare qu'il (elle) est 0 apte à la pratique de l'athlétisme

Fait à…… Le……/……/……

Cachet du médecin Signature :

**ENTENTE SPIRIDON MONCEAU**