VILLE DE VALBONNE SOPHIA ANTIPOLIS

Siège social et secrétariat
190 rue Frédéric Mistral
06560 Valbonne
Tél : 04/92/94/33/43
Fax : 04/92/94/33/44
Cov.valbonne@wanadoo.fr
www.cov-valbonne.org

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE AU SPORT

Je soussigné(e), Docteur :……

N° d'ordre : …….

Certifie avoir examiné ce jour :
Monsieur, Madame, Mademoiselle :…….

Né(e) le :…….

Et n'avoir décelé aucun signe de contre-indication à la pratique du SOFT BALL/ BASE BALL en compétition dans sa catégorie.

Date : Signature :
Cachet :

LISTE DES DOCUMENTS ET INFORMATIONS A FOURNIR

1 PHOTO NUMERIQUE à envoyer obligatoirement à edenyaghil@gmail.com en indiquant dans le courriel

Nom et Prénom (de l'adhérent)

_____

Date et Lieu de naissance (pays si hors de France)

_____

Nationalité :_____

Nom et prénom du représentant légal (pour l'adhérent mineur) :

_____

Ainsi que scan de :

1 certificat médical (document type au verso de cette feuille) à rendre **OBLIGATOIREMENT** avant le 1er décembre