



LES ICAUNAIS GIVRES

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné(e) Dr _____, Docteur en médecine,

certifie que l'examen de M / Mme _____

Date de naissance : _____ Age : _____

ne relève aucune contre-indication à la pratique de la natation en eau glaciale que ce soit en entraînement ou en compétition.

Certificat établi à : _____

Date : _____

Tampon :