



**Association Sportive de Saint Gratien**  
**Section Roller Sports**

**Adhésion 2026 – 2027**  
**Certificat médical**

**CERTIFICAT MEDICAL ROLLER / ROLLER HOCKEY**

Je soussigné-e, Dr .....

Date de l'examen : ...../...../.....

certifie que M / Mme .....

✓ ne présente aucune contre-indication à la pratique du Roller / Roller Hockey en compétition

✓ est apte à pratiquer dans des compétitions de la catégorie de compétition immédiatement supérieure (à rayer si ce n'est pas le cas).

**Signature et cachet du médecin :**