

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné, _____,

Docteur en médecine, reconnais avoir examiné :

M. / Mme / Mlle ⁽¹⁾ _____,

né(e) le ___ / ___ / _____ à _____.

Déclare ne pas avoir constaté de contre-indication à la pratique d'une activité physique et sportive, et plus particulièrement du baseball et du softball en loisirs et en compétition.

Reconnaît la personne dénommée ci-dessus apte à la pratique du baseball et du softball.

Autorise / N'autorise pas ⁽¹⁾ le **simple surclassement** pour la pratique du baseball et du softball en compétition (pour les joueurs de moins de 20 ans).

Fait à _____, le ___ / ___ / _____

Signature :

Cachet

¹ Rayer la mention inutile