

CERTIFICAT MEDICAL

(A renvoyer a la FSR par e-mail : fsr@suisserugby.com)

Je soussigné(e), Docteur _____

certifie avoir examiné, en respectant l'examen médico-sportif recommandé par Swiss Olympic

☐ M^{me} ☐ M.: _____

né(e) le (jj/mm/aaaa) : _____

et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique du RUGBY en compétition

Date (jj/mm/aaaa) : _____

Signature et tampon du praticien

obligatoires