



## SPORT-ÉTUDES UNIHOCKEY VAUD CERTIFICAT MÉDICAL POUR DOSSIER DE CANDIDATURE

Je, soussigné-e, certifie avoir examiné en date du \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Et déclare le (la) candidat-e :

Apte à la pratique de l'unihockey sans restriction

Apte aux conditions suivantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Inapte

Lieu et date

\_\_\_\_\_

Timbre et signature du médecin

\_\_\_\_\_

Adresse et téléphone du médecin :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ce certificat est à joindre au dossier de candidature pour la structure Sport-études Unihockey Vaud.

