Certificat médical

Je, sousssigné(e) docteur …....., certifie que M./Melle …....…..... ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique des Echecs en et hors compétition.

Fait à …....., le ….....

cachet et signature

Certificat médical

Je, sousssigné(e) docteur …....., certifie que M./Melle …....…..... ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique des Echecs en et hors compétition.

Fait à …....., le ….....

cachet et signature

Certificat médical

Je, sousssigné(e) docteur …....., certifie que M./Melle …....…..... ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique des Echecs en et hors compétition.

Fait à …....., le ….....

cachet et signature