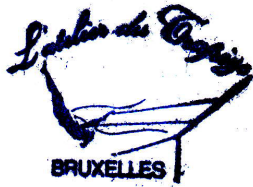


Cachet du Cercle



LICENCE

F .S. L. F.  
FEDERATION DU SPORT LOISIR FRANCOPHONE

ATTESTATION MEDICAL D'APTITUDE

Déclaré apte par :

Année sportive : 2018/2019

Nom : .....

Prénom : .....

Date naissance : .....

Adresse : .....

.....

.....

Mail : .....

Tél.....

GSM.....

Date:

Signature:

(Cachet du médecin)