

Cachet du Cercle

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

ATTESTATION MEDICAL D'APTITUDE

Déclaré apte par :

LICENCE

Année sportive 2022 /2023

Nom :.....

Prénom :.....

Date naissance :.....

( Cachet du médecin )

Adresse :.....

.....

Date :

.....

Signature :

.....

Mail :.....

Tél.....

GSM.....