



Date :

Je soussigné(e) .....

Docteur en Médecine, reconnais Mr/Melle/Mrs .....

..... apte

médicalement à exercer les activités de patinage artistique.

Remarques éventuelles :

.....  
.....  
.....

Cachet et signature

Secrétariat : Carine LELLA - patinoire de l'OM : rue Neuve 75a à 6061 Charleroi -  
[carineplc@hotmail.com](mailto:carineplc@hotmail.com)