



Attestation médicale

Athlète :

Nom / prénom : _____

Date de naissance : _____

Rue et numéro : _____

CP et lieu : _____

Le médecin soussigné, après avoir examiné l'athlète susmentionnée, atteste que ce dernier est apte sur le plan médical à participer aux compétitions de l'aviron suivantes :

Catégorie d'âge :	Distance de la course :
<input type="checkbox"/> juniors 13/14 ans	<input type="checkbox"/> 1'000 m
<input type="checkbox"/> juniors 15/16 ans	<input type="checkbox"/> 1'500 m
<input type="checkbox"/> juniors 17/18 ans	<input type="checkbox"/> 2'000 m
<input type="checkbox"/> U23 (19-22 ans)	
<input type="checkbox"/> élite (\geq 23 ans)	<input type="checkbox"/> longue distance ($>$ 2'000m)
<input type="checkbox"/> masters (\geq 27 ans)	

Remarques : _____

Lieu et date

Signature du médecin



Timbre cabinet de médecin / clinique

En soumettant l'attestation médicale, les demandeurs acceptent que les informations contenues dans ce formulaire soient collectées, traitées et enregistrées dans le but d'établir la licence.