

CERTIFICAT MEDICAL JEUNES

Je soussigné, Docteur

certifie avoir examiné

et n'avoir décelé aucune contre indication à la pratique des Quilles dans sa catégorie d'âge
ou en catégorie supérieure.

A le

Signature et cachet.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné

autorise mon fils, ma fille N° Licence

à pratiquer le Sport de Quilles de Huit au sein de la Société de

A.....le

Signature et cachet.

