



Federation Francophone de Canoë – FFC

Association sans but lucratif
nr entreprise 419.021.489
Membre de la F.R.B.C.

Attestation médicale

Licence compétition

Je soussigné,, docteur en médecine, atteste par la présente que
Mademoiselle/Madame/Monsieur *:

Habitant à :

Rue : n° :

CP : Commune :

Né à : le :

Numéro de carte d'identité :

s'est présenté.e ce jour au contrôle médical à :

Je la déclare apte à pratiquer le canoë-kayak en compétition.

Date :

Cachet et signature du médecin :

*(biffer les mentions inutiles)

Rue de Charrette, 15 – 4130 Tilff - Banque : Iban : BE 77 3631 1538 1742 – Bic : BBRUBEBB



Federation Francophone de Canoë – FFC

Association sans but lucratif
nr entreprise 419.021.489
Membre de la F.R.B.C.

Attestation médicale

Licence compétition

Je soussigné,, docteur en médecine, atteste par la présente que
Mademoiselle/Madame/Monsieur *:

Habitant à :

Rue : n° :

CP : Commune :

Né à : le :

Numéro de carte d'identité :

s'est présenté.e ce jour au contrôle médical à :

Je la déclare apte à pratiquer le canoë-kayak en compétition.

Date :

Cachet et signature du médecin :

*(biffer les mentions inutiles)

Rue de Charrette, 15 – 4130 Tilff - Banque : Iban : BE 77 3631 1538 1742 – Bic : BBRUBEBB



Federation Francophone de Canoë – FFC

Association sans but lucratif
nr entreprise 419.021.489
Membre de la F.R.B.C.

Attestation médicale

Licence compétition

Je soussigné,, docteur en médecine, atteste par la présente que
Mademoiselle/Madame/Monsieur *:

Habitant à :

Rue : n° :

CP : Commune :

Né à : le :

Numéro de carte d'identité :

s'est présenté.e ce jour au contrôle médical à :

Je la déclare apte à pratiquer le canoë-kayak en compétition.

Date :

Cachet et signature du médecin :

*(biffer les mentions inutiles)

Rue de Charrette, 15 – 4130 Tilff - Banque : Iban : BE 77 3631 1538 1742 – Bic : BBRUBEBB



Federation Francophone de Canoë – FFC

Association sans but lucratif
nr entreprise 419.021.489
Membre de la F.R.B.C.

Attestation médicale

Licence compétition

Je soussigné,, docteur en médecine, atteste par la présente que
Mademoiselle/Madame/Monsieur *:

Habitant à :

Rue : n° :

CP : Commune :

Né à : le :

Numéro de carte d'identité :

s'est présenté.e ce jour au contrôle médical à :

Je la déclare apte à pratiquer le canoë-kayak en compétition.

Date :

Cachet et signature du médecin :

*(biffer les mentions inutiles)

Rue de Charrette, 15 – 4130 Tilff - Banque : Iban : BE 77 3631 1538 1742 – Bic : BBRUBEBB