



NAMUR OLYMPIC CLUB

Rue des frênes 25,
5100 Jambes

Certificat Médical

Je soussigné _____, Docteur en médecine, certifie avoir interrogé et
examiné personnellement : _____, et l'avoir reconnu(e) :

☐ Apte à pratiquer les activités du Namur Olympic Club

☐ Incapable de pratiquer les activités du Namur Olympic Club

Commentaire éventuelle du médecin :

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

Cachet du médecin :

Date :

Signature du médecin :

Téléphone

+32 456 57 27 17

Mail

namurolympicclubasbl@hotmail.com

Site internet

www.natationnamur.be

GLPROD.BE



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES