

ffgolf[®]

Fédération Française de Golf

CERTIFICAT MÉDICAL

de non-contre indication à la pratique du golf

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné :

M. Mme. Mlle :

.....
âgé(e) de ans, et n'avoir pas constaté à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du golf.

N° de licence FFGolf*

N° de Club*

(mentions obligatoires figurant sur votre licence)

Date :

Docteur :

Cachet du Docteur

* Important : Pour être enregistré, votre certificat médical doit comporter obligatoirement vos numéros de licence et de club qui figurent sur votre licence FFGolf.

Conseil : Nous vous recommandons de conserver une copie de votre certificat médical.