



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur _____

Sous le numéro d'agrément _____

Certifie avoir examiné _____

Qui ne présente pas de contre indication médicale à la pratique du baseball ou du softball, notamment en compétition, et le cas échéant en catégorie d'âge supérieur.

Fait à _____

Le _____

Signature et tampon professionnel du médecin