

Certificat médical pour affiliation 2022

UNIQUEMENT le format 10x15

Les formats A4, photocopies, etc. ne seront plus acceptés

 URSTB-f Sportif soumis à la visite médicale préalable 2022	J'ai lu et j'ai compris la déclaration de vie privée Signature de l'affilié(e) ou du/de la représentant(e) légal(e) du/de la mineur(e)
	 *123456789*
NOM PRENOM rue CP Localité Belgique Date de naissance Sexe Tel. adresse mail	
<small>Pour les mineurs d'âge : voir verso</small>	
Cachet du Médecin	Certificat médical Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<small>Je soussigné, docteur en médecine, n'a pas constaté à la date de ce jour chez : de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du tir sportif. voir verso</small>	

 URSTB-f Sportif soumis à la visite médicale préalable	J'ai lu et j'ai compris la déclaration de vie privée Signature de l'affilié(e) ou du/de la représentant(e) légal(e) du/de la mineur(e)
	A COMPLETER LISIBLEMENT EN CARACTERES D'IMPRIMERIE
Nom + prénom : <input type="text"/>	
rue : <input type="text"/> n° : <input type="text"/> bte : <input type="text"/>	
Code postal : <input type="text"/> Ville : <input type="text"/>	
Pays : <input type="text"/> Tél/Gsm : <input type="text"/>	
Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Sexe : M ou F	
e-mail : <input type="text"/>	
Club n° : Province : <input type="text"/>	
<small>Pour les mineurs d'âge : voir verso</small>	
Cachet du Médecin	Certificat médical Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<small>Je soussigné, docteur en médecine, n'a pas constaté à la date de ce jour chez : de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du tir sportif. voir verso</small>	

Merci

Le bureau URSTB-f