



ASBL Namur Olympic Club

Certificat Médical

N° d'inscription

Je soussigné Docteur en médecine certifie avoir
interrogé personnellement 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 du médecin) :
.....
.....

Cachet du médecin :

Date :

Signature du médecin :