



**ASSOCIATION DES  
SPORTS  
EXTREMES DE  
BESANCON**

## Certificat médical – Saison 2024/2025

Je soussigné(e) Dr .....certifie que

NOM : .....Prénom : ..... né (e) le : .....

Ne présente aucune contre-indication à la pratique du Roller en Compétition

Cachet et signature

Fait à ....., le .....