



**Association Sportive de Saint Gratien  
Section Roller Sports**

**Inscription 2025 – 2026  
Certificat médical**

**CERTIFICAT MEDICAL ROLLER / ROLLER HOCKEY**

Je soussigné·e, Dr .....

Date de l'examen : ..... / ..... / .....

certifie que .....

- ✓ ne présente aucune contre-indication à la pratique du Roller en compétition.
  
- ✓ est apte à pratiquer dans des compétitions de la catégorie de compétition immédiatement supérieure (à rayer si ce n'est pas le cas).

**Signature et cachet du médecin :**