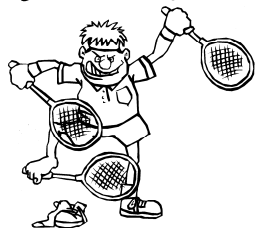


Bad' Spirit



Bad' Spirit asbl

**A compléter en majuscule**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Gsm : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

**A compléter par le médecin examinateur**

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que la personne, dont l'identité est reprise ci-dessus, a été soumise par mes soins à un examen médical présportif le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Elle est **apte / inapte** à la pratique du badminton.

**Cachet**

**Signature**

Bad' Spirit



Bad' Spirit asbl

**A compléter en majuscule**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Gsm : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

**A compléter par le médecin examinateur**

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que la personne, dont l'identité est reprise ci-dessus, a été soumise par mes soins à un examen médical présportif le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Elle est **apte / inapte** à la pratique du badminton.

**Cachet**

**Signature**