

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE
L'AEROMODELISME

Je soussigné(e) :

Docteur en Médecine, demurant :

.....

Certifie avoir examiné :

Né(e) le :

Et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique de l'aéromodélisme.

Fait à : Le :