



**Fédération française de billard**

**Commission médicale nationale**

**CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU SPORT**

Je, soussigné Dr..... ,

Certifie avoir examiné ce jour M., Mme.....

Et n'avoir constaté aucun signe cliniquement décelable pouvant contrindiquer la pratique du sport billard, en et hors compétition.

Fait à :

Le :

Signature :

Cachet