

## Certificat Médical Flying Disc

Je soussigné (e) Docteur .....,  
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle ....., né (e) le ...../...../.....,  
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique des disciplines de **Flying Disc** (Ultimate / Disc Golf / DDC / Guts / Disciplines individuelles)

- ☐ en loisir
- ☐ en compétition
- ☐ Surclassé (e) (pratique dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure)
- ☐ Doublement Surclassé(e) (pratique dans les deux catégories d'âge immédiatement supérieures)

☐ **Indiquer le nombre de cases cochées**

Fait à  
Le

Cachet du médecin  
(avec N° d'Ordre)

Signature



## Certificat Médical Disc Golf uniquement

Je soussigné (e) Docteur .....,  
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle ....., né (e) le ...../...../....., et  
n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique du **Disc Golf**,

- ☐ en compétition
- ☐ Surclassé (e) (pratique dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure pour les juniors)
- ☐ Doublement Surclassé(e) (pratique dans les deux catégories d'âge immédiatement supérieures)

☐ **Indiquer le nombre de cases cochées**

Fait à  
Le

Cachet du médecin  
(avec N° d'Ordre)

Signature