



**Certificat médical** N° fact. \_\_\_\_\_  
à l'attention des membres du  
**C.R.N. SQUALE NAMUR**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ docteur en médecine  
certifie avoir examiné ce jour Mr, Mme, Melle \_\_\_\_\_  
né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ de nationalité \_\_\_\_\_  
domicilié(e) rue \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_ localité \_\_\_\_\_  
et n'ai décelé dans son état actuel aucune anomalie susceptible de lui  
interdire la pratique de la natation.

Cachet et signature  
du médecin

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_



**Certificat médical** N° fact. \_\_\_\_\_  
à l'attention des membres du  
**C.R.N. SQUALE NAMUR**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ docteur en médecine  
certifie avoir examiné ce jour Mr, Mme, Melle \_\_\_\_\_  
né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ de nationalité \_\_\_\_\_  
domicilié(e) rue \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_ localité \_\_\_\_\_  
et n'ai décelé dans son état actuel aucune anomalie susceptible de lui  
interdire la pratique de la natation.

Cachet et signature  
du médecin

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_