

**CERTIFICAT MEDICAL**



Je soussigné, certifie que M/Mme.....  
porteur de la licence FFPJP, ne présente aucune contre-indication à la pratique Sportive de la Pétanque et Jeu Provençal.

Fait à .....le ...../...../.....

Docteur.....

Cachet et signature:

Valable3Ans

**CERTIFICAT MEDICAL**



Je soussigné, certifie que M/Mme.....  
porteur de la licence FFPJP, ne présente aucune contre-indication à la pratique Sportive de la Pétanque et Jeu Provençal.

Fait à .....le ...../...../.....

Docteur.....

Cachet et signature:

Valable3Ans

**CERTIFICAT MEDICAL**



Je soussigné, certifie que M/Mme.....  
porteur de la licence FFPJP, ne présente aucune contre-indication à la pratique Sportive de la Pétanque et Jeu Provençal.

Fait à .....le ...../...../.....

Docteur.....

Cachet et signature:

Valable3Ans

**CERTIFICAT MEDICAL**



Je soussigné, certifie que M/Mme.....  
porteur de la licence FFPJP, ne présente aucune contre-indication à la pratique Sportive de la Pétanque et Jeu Provençal.

Fait à .....le ...../...../.....

Docteur.....

Cachet et signature:

Valable3Ans

**CERTIFICAT MEDICAL**



Je soussigné, certifie que M/Mme.....  
porteur de la licence FFPJP, ne présente aucune contre-indication à la pratique Sportive de la Pétanque et Jeu Provençal.

Fait à .....le ...../...../.....

Docteur.....

Cachet et signature:

Valable3Ans

**CERTIFICAT MEDICAL**



Je soussigné, certifie que M/Mme.....  
porteur de la licence FFPJP, ne présente aucune contre-indication à la pratique Sportive de la Pétanque et Jeu Provençal.

Fait à .....le ...../...../.....

Docteur.....

Cachet et signature:

Valable3Ans

**CERTIFICAT MEDICAL**



Je soussigné, certifie que M/Mme.....  
porteur de la licence FFPJP, ne présente aucune contre-indication à la pratique Sportive de la Pétanque et Jeu Provençal.

Fait à .....le ...../...../.....

Docteur.....

Cachet et signature:

Valable3Ans

**CERTIFICAT MEDICAL**



Je soussigné, certifie que M/Mme.....  
porteur de la licence FFPJP, ne présente aucune contre-indication à la pratique Sportive de la Pétanque et Jeu Provençal.

Fait à .....le ...../...../.....

Docteur.....

Cachet et signature:

Valable3Ans

**CERTIFICAT MEDICAL**



Je soussigné, certifie que M/Mme.....  
porteur de la licence FFPJP, ne présente aucune contre-indication à la pratique Sportive de la Pétanque et Jeu Provençal.

Fait à .....le ...../...../.....

Docteur.....

Cachet et signature:

Valable3Ans

**CERTIFICAT MEDICAL**



Je soussigné, certifie que /Mme.....  
porteur de la licence FFPJP, ne présente aucune contre-indication à la pratique Sportive de la Pétanque et Jeu Provençal.

Fait à .....le ...../...../.....

Docteur.....

Cachet et signature:

Valable3Ans