



BOWLING DEMANDE D'AUTORISATION D'UNE RAMPE ATTESTATION MEDICALE

Nom club :	N°:
Nom et prénom athlète/partenaire :	
Date de naissance :	

À compléter par le médecin

Je soussigné(e)....., Docteur en Médecine,
déclare avoir examiné M/Mme (Nom et prénom
de l'athlète/partenaire) et considère nécessaire l'utilisation d'une rampe lors de la compétition de bowling.
L'athlète mentionné plus haut est capable d'orienter lui-même la boule et de la pousser.

Date: N° de licence:.....

Signature du docteur :

