



**FEDERATION FRANCAISE MINIGOLF**

**CERTIFICAT MEDICAL**  
**De non-contre indication à la pratique du minigolf**

**Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné :**

**M.**  **Mme.**  **Mlle.**  : .....

.....

**âgé (e) de..... ans, et n'avoir pas constaté à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du minigolf.**

N° de licence FFM

--	--	--	--	--

N° de Club

--	--	--	--	--	--	--	--

**Date :** .....

**Docteur :** .....

Cachet du Docteur