



A.S.B.L.

BELGIAN AMERICAN FOOTBALL LEAGUE

V.Z.W.

www.bafl.be

CERTIFICAT MEDICAL

Le/la soussigné(e),

(nom et adresse du médecin ou cachet du médecin)

déclare que

--

(nom et prénom du joueur / de la joueuse)

né(e) le
à

a été jugé(e) médicalement apte à pratiquer le football américain, dans la catégorie:

- AMERICAN FOOTBALL (avec contacts)
- FLAG FOOTBALL (sans contacts)
(biffer la mention inutile)

Fait à:

Le:

Signature + Nom du médecin