



A.....

Le.....

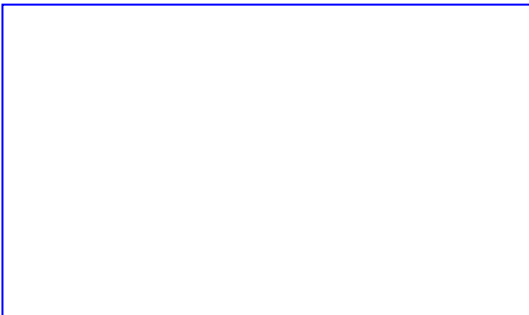
CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur.....

Certifie que : Mr, MME, Melle, L'enfant.....

Ne présente pas de contre-indication apparente à la pratique du parapente

Signature :



A.....

Le.....

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur.....

Certifie que : Mr, MME, Melle, L'enfant.....

Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du parapente

Signature :