

APTITUDE AU SPORT APRES UN ACCIDENT

DE LA MANIFESTATION SUIVANTE: _____ N° FMS: _____

DATE: _____

CERTIFICAT MEDICAL

Nom:

Prénom:

Lieu:

Date de naissance:

Discipline:

N° de départ:

Classe:

Le médecin soussigné atteste, que l'athlète susmentionné est à nouveau apte à prendre part à des courses.

Il est jugé:

- apte à participer à des compétitions motocyclistes
 à priori inapte

Si la réponse est „inapte“, le dossier sera transmis au médecin de la FMS pour un examen complémentaire.

Lieu:

Date:

Signature/Timbre:

A remettre complété avant la prochaine manifestation à:

FMS Sport

Zürcherstr. 376

8500 Frauenfeld

Fax +41 052 723 05 55

E-mail: sport@swissmoto.org