



DEMANDE DE LICENCE / CERTIFICAT MEDICAL

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE :

POIDS :

TAILLE :

GROUPE SANGUIN :

TENSION ARTERIELLE :

RYTHME CARDIAQUE AU REPOS :

RYTHME CARDIAQUE APRES L'EFFORT :

TEMPS DE RETOUR A LA NORMALE :

VUE :

CAPACITE RESPIRATOIRE :

REMARQUE :

APTITUDE : **APTE**

PAS APTE

DATE :

LE MEDECIN