



Schweizerischer Ruderverband  
Fédération Suisse des Sociétés d'Aviron  
Federazione Svizzera delle Società di Canottaggio

## Attestation médicale

### **Athlète:**

nom / prénom: .....

date de naissance: .....

adresse: .....

.....

Le médecin soussigné, après avoir examiné l'athlète susmentionnée, atteste que ce dernier est apte sur le plan médical à participer aux compétitions de l'aviron suivantes:

<p>Catégorie d'âge:</p> <p><input type="checkbox"/> juniors 13/14 ans</p> <p><input type="checkbox"/> juniors 15/16 ans</p> <p><input type="checkbox"/> juniors 17/18 ans</p> <p><input type="checkbox"/> seniors B (19-22 ans)</p> <p><input type="checkbox"/> seniors A (<math>\geq 23</math> ans)</p> <p><input type="checkbox"/> masters (<math>\geq 27</math> ans)</p>	<p>Distance de la course:</p> <p><input type="checkbox"/> 1'000 m</p> <p><input type="checkbox"/> 1'500 m</p> <p><input type="checkbox"/> 2'000 m</p> <p><input type="checkbox"/> longue distance (&gt; 2'000 m)</p>
---	--

Remarques: .....

.....

.....

.....

Lieu et date: .....

Timbre et signature du médecin: .....

.....