



ASBL 0418 586 969  
Siège social  
Avenue du Parc d'Amée 90  
5100 JAMBES  
Tél. 081/30.49.79  
[www.ffyb.be](http://www.ffyb.be)  
[info@ffyb.be](mailto:info@ffyb.be)

**CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE** Année :   
**POUR PRATIQUER LA VOILE EN COMPETITION**

**Réservé au médecin consultant**

Je soussigné(e), docteur en médecine,

.....  
.....

Certifie avoir examiné ce jour

Mr.  Mme  Mlle

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le .....

Adresse : .....

.....  
.....  
.....

et déclare que l'intéressé(e)

est apte à pratiquer la voile sportive en compétition

n'est pas apte à pratiquer la voile sportive en compétition

Fait à .....

Le .....

Signature et cachet du médecin consultant