



Présence du Médecin

Je soussigné(e), Docteur :

Adresse complète :

Code postal : Commune :

Tél :

Adresse électronique :@.....

accepte de faire partie des moyens de secours et de protection mis en place, lors de la manifestation

intitulée (nom exact) :

.....

Organisée par :

La manifestation se déroulera le :

De heures à heures

Sur la (les) commune(s) de :

.....

Fait à : Le :

Signature du Médecin :