

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné \_\_\_\_\_,

Docteur en médecine, certifie que l'examen de

M / Mme / Mlle \_\_\_\_\_

ne révèle aucune contre-indication à la pratique du sport en compétition.

Certificat établi à : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature et cachet du Médecin