

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné _____,

Docteur en médecine, certifie que l'examen de

M / Mme (NOM – Prénom) _____,

Né.e le ..._____

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

Certificat établi à : _____

Date: _____

Signature et cachet du Médecin