

Certificat médical

Je soussigné _____ Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de Madame / Monsieur _____,

Date de naissance : _____,

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique en compétition des activités

_____.

Certificat établi à _____, le date _____,

Signature et tampon du médecin