

# Certificat médical

Je soussigné Docteur :

Certifie avoir examiné ce jour M

Né(e) le :

Demeurant à :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, des signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique des sports suivants en compétition :

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_



Cachet du Médecin

Signature du médecin