

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, docteur : _____

Demeurant à : _____ Certifie avoir examiné ce jour

Madame / Monsieur : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication :

à la pratique du sport, y compris en compétition.

ou

à la pratique du sport, y compris en compétition, à l'exclusion des sports suivants :

ou

à la pratique des sports suivants, y compris en compétition :

Fait à

Le ____ / ____ / ____

Cachet et signature du médecin :

