

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Dr : \_\_\_\_\_

Certifie que l'état de santé de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ né(e) le : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ne présente pas de contre indication à la pratique du :

\_\_\_\_\_

en loisir ainsi qu'en compétition.

Fait le : \_\_\_\_\_

A : \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin :

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Dr : \_\_\_\_\_

Certifie que l'état de santé de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ né(e) le : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ne présente pas de contre indication à la pratique du :

\_\_\_\_\_

en loisir ainsi qu'en compétition.

Fait le : \_\_\_\_\_

A : \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin :