

## Certificat Médical

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_,

certifie que M/Mme \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ ne présente pas de contre-indication apparente ou connue à la pratique du sport en compétition.

Certificat établi à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature du Médecin :