



CERTIFICAT MEDICAL TYPE

Je soussigné Docteur :

Adresse du Cabinet :

Code postal : Ville : Pays :

Certifie avoir examiné : Mr / Mlle / Mme

Nom – Prénom :

Né(e) le : Département : Pays :

N'avoir constaté ce-jour aucune contre-indication à la pratique du sport en compétition.

A : Le :

Signature et Cachet du Medecin :