



CERTIFICAT MEDICAL

Docteur

Certifie après examination de :

Nom :..... Prénom :.....

Date de naissance :.....

Ne révèle aucune contre-indication à la pratique du sport en compétition.

Date :.....

Signature et tampon du docteur

MEDICAL CERTIFICATE

I hereby doctor

Certifies that the examination of :

Name :..... First name :.....

Date of birth :.....

Does not reveal any indication against the practice of sport in competition.

Date :.....

Doctor's signature, Stamp of the doctor (or professional number)