

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur : _____

Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour Mr/Mme :

Né (e) le : __/__/__ Demeurant à : _____

Et atteste qu'il/elle ne présente pas de contre-indication à la pratique de **tous les sports, y compris en situation de compétition.**

Fait à _____, le __/__/20__



Signature et cachet du médecin