



CERTIFICAT MÉDICAL

POUR LA PRATIQUE DU SPORT OU DE L'ATHLÉTISME EN COMPÉTITION

Je soussigné(e) Docteur(e) :

.....
..

Certifie que l'examen clinique de ce jour de Mme ou Mr :

.....
.....
.....

Confirme l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l'athlétisme en compétition.

Date du jour :

Signature :

Cachet du médecin
