



CERTIFICAT MÉDICAL

POUR LA PRATIQUE DU SPORT OU DE L'ATHLÉTISME HORS 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 hors compétition.

Date du jour :

Signature :

Cachet du médecin
