

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné.e, Docteur.....,

Certifie avoir examiné ce jour M/Mme ⁽¹⁾

Né.e le

Et n'avoir pas constaté, ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de toutes activités sportives.

Certificat établi à la demande de l'intéressé.e pour faire valoir ce que de droit.

Date :

Signature et cachet du Médecin obligatoires

(1) Rayer la mention inutile.