

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur : _____

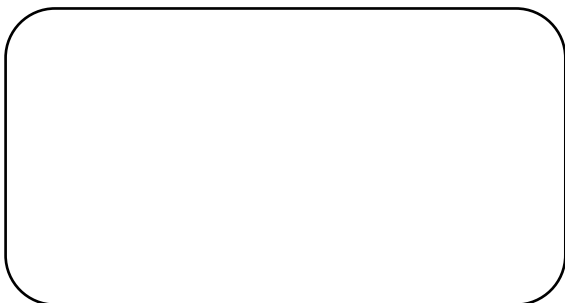
Demeurant à : _____

Certifie avoir examinée ce jour Mr/Mme :

Née (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