CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné (e) Docteur :

certifie avoir examiné ce jour :

Né(e) le :

et confirme l’absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l’Athlétisme EN COMPÉTITION.

Certificat délivré à la demande de l’intéressé(e) et remis en main propre

Date :

Signature et Cachet du médecin :