

Certificat Médical

En application des articles L. 231-2 et L. 231-2-2 du Code du Sport

Je soussigné, Docteur : _____

Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour

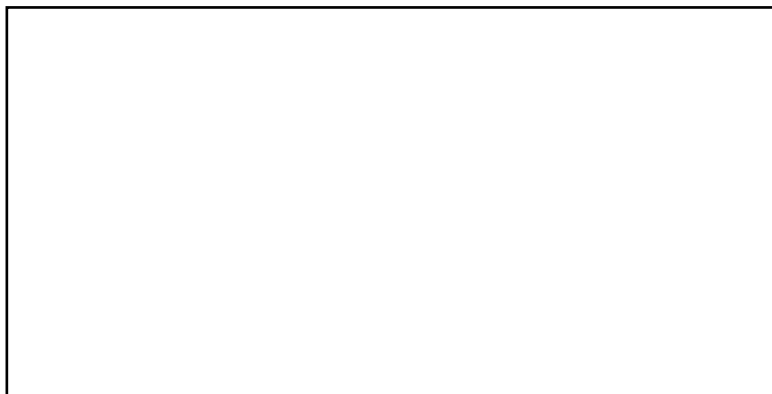
M. / Mme / Melle : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du **sport en compétition**.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____



Cachet et signature du médecin