

Certificat médical pour la pratique du sport en compétition

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné ce jour

Monsieur, Madame

NOM :

Prénom :

Et avoir conclu en l'absence de contre indication à la pratique du sport en compétition (à l'exclusion des sports nécessitant un certificat spécifique à la pratique).

Date :

Signature , adresse et cachet du médecin