



Certificat médical

Je soussigné, _____ Docteur,

demeurant _____

certifie avoir examiné _____ né(e) le _____

demeurant _____

et n'avoir constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique sportive, en compétition pour la saison 201_ / 201_

Attention : ce certificat n'est pas valable pour les sports suivants :

Le présent certificat a été établi à la demande de l'intéressé, en un exemplaire, et remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit.

A _____, le _____

Signature et cachet du médecin

Pour les catégories jeunes, Surclassement

Je déclare que _____ est apte à pratiquer _____
dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure

A _____, le _____

Signature et cachet du médecin

Association : _____

Homologué par le Comité / la Commission le _____