

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr..... Docteur en médecine, certifie  
que l'examen de M, Mlle, Mme .....

Date de naissance : .....**ne révèle aucune contre-  
indication à la pratique de tous les sports en compétition.**

Certificat établi à .....

Date : .....

Signature du médecin,

