



CERTIFICAT MEDICAL
OUI PLAY

Je soussigné, Docteur : _____
Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour Mr / Mme / Melle :
Né (e) le : ___ / ___ / ___
Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique sportive en compétition

Fait à _____, le ___ / ___ / 20__

Signature du médecin:

Cachet du médecin: