

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) *Docteur*

Docteur en Médecine, demeurant à

Joignable au _____

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom

Prénom

Né(e) le ____/____/____ et n'avoir constaté à ce jour, aucun
signe clinique apparent contre indiquant la pratique des sports
suivants en loisirs et en compétition, et certifie que l'enfant
est à jour de ses vaccinations obligatoires.

Fait à _____, le _____

Cachet et signature du médecin