

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné(e), _____

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné

M/Mme _____

Né(e) le _____

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique de la course à obstacles en compétition.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres le _____

A _____

Signature et cachet du médecin