

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur :

certifie avoir examiné ce jour :

Nom et prénom :

Date de naissance : Sexe : masculin féminin

et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION, cliniquement décelable à ce jour, à la pratique sportive y compris en compétition.

J'estime nécessaire une consultation spécialisée en Médecine du Sport : OUI NON

Date de l'examen médical :

Signature :

Cachet professionnel

Je soussigné(e), Docteur

Autorise un **simple surclassement** (pratique dans l'année d'âge immédiatement supérieure)

Date de l'examen médical :