



CERTIFICAT MEDICAL

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, 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 : _____