

**CERTIFICAT MÉDICAL ANNUEL PRÉALABLE
À LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPÉTITION**

Je soussigné(e),

Docteur

Demeurant

Certifie avoir examiné,

Mademoiselle ☐ Madame ☐ Monsieur ☐

Nom, prénom

Né(e) le

Demeurant

Appartenant à l'association sportive

*et n'avoir pas constaté à la date
de ce jour de signes cliniques
apparents contre-indiquant la pratique
des sports suivants en compétition :*

Fait à

Le

Cachet du médecin

Signature du médecin