



## CERTIFICAT MÉDICAL 2024

JE SOUSSIGNE (E)..... DOCTEUR EN MEDECINE,

CERTIFIE AVOIR EXAMINÉ AUJOURD'HUI M. /MME.....

DATE DE NAISSANCE .....

CERTIFIE QU'IL/ELLE NE PRÉSENTE PAS DE CONTRE-INDICATION MÉDICALE

CLINIQUEMENT DÉCELABLE CE JOUR À LA PRATIQUE DU SPORT EN COMPÉTITION:

*Rayer les mentions inutiles*

- **trail**
- **cyclisme**
- **skis-roues/rollers**
- **course à pied**

REMARQUES OU RESTRICTIONS ÉVENTUELLES :

*Le présent certificat a été établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres.*

FAIT À :

**Signature et cachet du professionnel**

DATE :