

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné.....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

M. Mme. Mlle..... né(e) le.....

Et avoir constaté qu'il/elle ne présente aucune contre indication à la pratique des activités physiques et sportives désignées ci-dessous :

- Course à pied
- VTT
- Canoës
- Épreuve de tir

Fait à ..... le.....

Cachet du médecin et signature (obligatoires)

