

Certificat médical annuel

préalable à la pratique des sports en compétitions



Je soussigné(e),

Docteur _____

Demeurant _____

Certifie avoir examiné,

Mademoiselle , Madame , Monsieur .

Nom, prénom _____

Né(e) le _____

Demeurant _____

Adhérent de l'association sportive USORTF et n'avoir pas constaté à la date de ce jour de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique des sports ci-dessous en compétition :

Fait à _____

Le _____

Cachet du médecin :

Signature du médecin :