



CERTIFICAT MEDICAL COMPANY CUP

Je soussigné, Docteur :

Demeurant à :

Certifie avoir examiné ce jour Mr / Mme / Melle :

Né (e) le : ____ / ____ / ____

Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique des sports suivants en compétition (rayer la/les mention(s) éventuellement contre-indiquée(s)) :

Basket – Beach tennis sur herbe – Bowling – City Trail – Course d'Orientation – Dragon Boat – E-Sport – Escalade – Football – Golf – Handball sur Herbe – MÖlkky® – Montée Cycliste – Natation – Pétanque – Rugby Touch – Stand-Up Paddle – Tennis de table – Tir de Biathlon – Trail – Volley sur Herbe – VTT Cross-Country

Fait à _____, le ____ / ____ / 20__

Signature du médecin :

Cachet du médecin :

