

NOM : Prénom :

Certificat médical
Article L231.2 du code du sport

Je soussigné, Docteur : _____

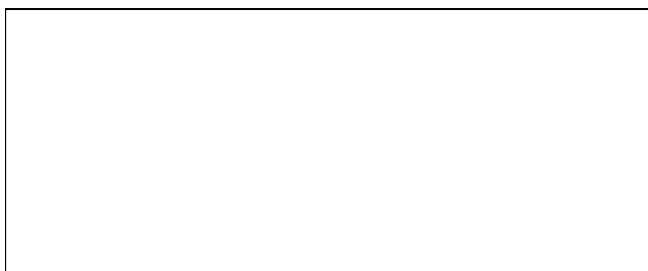
Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour M _____

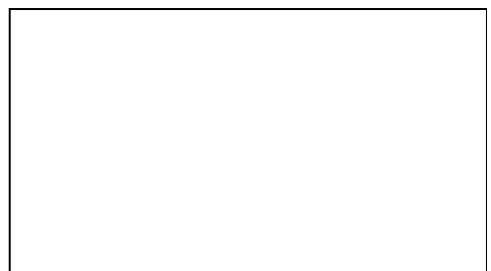
Né(e) le : _____ Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents, contre indiquant la pratique du Canoë-kayak en compétition ainsi que les activités de préparation annexes : course à pied, VTT, musculation, natation, etc.

Fait à _____ le : _____



Cachet du médecin



Signature du médecin