

CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE
pour les Activités Sportives
COMPULSORY MEDICAL CERTIFICATE
for sport

Je soussigné, _____ Docteur en médecine
I, the undersigned Doctor of medicine

certifie que M, Melle _____
certify that Mr, Ms

ne présente aucune contre-indication à la pratique de la course à pied (ou athlétisme), le marathon, le cyclisme, la natation ou le triathlon en compétition
does not present contraindication to the practice of running (or athletics), marathon running, cycling, swimming or triathlon in competition

Le _____
Date

Signature et cachet du médecin
(obligatoire ou n° d'inscription à l'ordre des médecins)
Doctor's signature and stamp (compulsory)