



## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr ....., Docteur en médecine,

certifie que l'examen de M/Mme .....

Date de naissance : .....

ne révèle pas de contre-indication à la pratique du sport en compétition<sup>(1)</sup>.

Certificat établi à : .....

Date: (JJ/MM/AAAA).....

---

I the undersigned, Dr ....., doctor of medicine,

certify that I have examined Mr/Mrs.....

whose date of birth is: .....

There are no contraindications for her/him to practice sport in competitions<sup>(2)</sup>.

Certificate established in.....

Date: (DD/MM/YYYY).....

(1) A l'exclusion des disciplines sportives qui présentent des contraintes particulières au sens de l'article L. 23123 du code du sport, précisées à l'article D. 23115 du même code.

(2) With the exception of the sports which present particular constraints to the sense of the article L. 23123 of the code of the sport, specified in the article D. 23115 of the same code.

**Tampon et signature du médecin :**

**Stamp and signature of the doctor:**