

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU MONOCYCLE EN COMPÉTITION

MEDICAL CERTIFICATE ATTESTING THE ABILITY TO TAKE PART IN A UNICYCLE COMPETITION

(1) Date / Date : / /

(2) Adresse / Adress :

(3) Docteur / Doctor :

(4) Nom du patient / Patient's full name :

(5) Date de naissance du patient / Patient's date of birth : / /

Je soussignée, (3) docteur en médecine, certifie avoir examiné (4), né(e) le (5), et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du monocycle en compétition.

Certificat fait à la demande de l'intéressé et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Le (1) à (2)

I, undersigned, (3), medical doctor, certify that I have examined this day (4), whose birthdate is (5).

He/she didn't have any clinically noticeable sign that would contraindicate the practice of unicycle in competition.

This certificate has been delivered by hand to the patient at his / her demand for all due intents and purposes.

Made in (2) the (1)

Dr. (3)

Cachet et signature / Stamp and Signature

--