

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

**MEDIZINISCHER ATTEST ÜBER DIE TEILNAHME AN EINRADWETTKÄMPFEN**

(1) Date /Datum :     /     /

(2) Adresse / Anschrift :

(3) Docteur /Doktor :

(4) Nom du patient / Name des Patienten-der Patientin :

(5) Date de naissance du patient / Geburtsdatum des Patienten - der Patientin :     /     /

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)

Hiermit bestätige ich (3) Doktor der Medizin, dass ich heute (4) , geboren am (5) untersucht habe. Dabei konnte ich kein klinisches Zeichen feststellen, das eine Kontraindikation für die Teilnahme an Einradwettkämpfen bedeuten würde.

Dieser Attest wurde dem Patienten/ der Patientin auf seine/ihre Bitte eigenhändig übergeben, damit er seine /ihre Rechte geltend macht.

Am (1) in (2)

Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Dr.med. (3)