

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD PARA LA PRACTICA DEL MONOCICLO EN COMPETICION

(1) Date / Fecha : / /

(2) Adresse / Dirección :

(3) Docteur / Doctor :

(4) Nom du patient / Nombre completo del paciente :

(5) Date de naissance du patient / Fecha de nacimiento del paciente : / /

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)

Yo abajo firmante, (3) doctor(a) en medicina, certifica haber examinado (4), nacido(a) el (5). A fecha de hoy, no tiene ningún signo clínico que contra-indica la práctica del monociclo en competición.

Certificado entregado en mano al paciente, y hecho a su demanda, para los efectos a que hubiere lugar.

Hecho en (2), el (1)

Dr. (3)

Cachet et signature / Sello y firma

--