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

一輪車競技大会参加のための診断書

(1) Date / 日付 : / /

(2) Adresse / 住所 :

(3) Docteur / 医師 :

(4) Nom du patient / 氏名 :

(5) Date de naissance du patient / 生年月日 : / /

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)

私（生年月日は(5)の通り）、上記に署名した者は、本日医師(3)により検査を行ったことを証明する。
検査の結果、試合中の一輪車競技実施に禁忌を示すような臨床的に顕著な兆候は見られなかった。

この証明書は事実上必要に応じて患者に手渡しされる。

日付：(1)
住所：(2)

医師：(3)

Cachet et signature / 署名押印