

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON-CONTRE INDICATION À LA PRATIQUE DU
MONOCYCLE EN COMPETITION

(1) Date :

(2) Adresse :

(3) Docteur :

(4) Nom du patient :

(5) Date de naissance du patient :

Je soussigné, (3) docteur en médecine, certifie avoir examiné (4), né(e) le (5), et n'avoir constatée à ce jour, aucun signe 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) et (2)

Dr (3)

Cachet et signature