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医療証明書

(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します。
彼/彼女は一輪車競技大会参加を禁じられるような医療上の兆候はありませんでした。

この証明書は患者自身の要求により、患者に手渡されました。

日付：(1)
住所：(2)

医師：(3)

Cachet et signature / 署名押印