

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 / 患者名 :

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

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、医師(3)は、(4)が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ないことを証明します。

この証明書は患者自身の希望で、手渡しました。

日付 : (1)

住所 : (2)

医師 : (3)

Cachet et signature / 署名押印

--