



CERTIFICAT MEDICAL COMPANY CUP

Je soussigné, Docteur :

Demeurant à :

Certifie avoir examiné ce jour Mr / Mme :

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Demeurant à :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique des sports suivants en compétition (rayer la/les mention(s) éventuellement contre-indiquée(s)) :

Course à pied - Course d'Orientation - Football 7x7 - Marche nordique - Mölkky® - Tir de Biathlon - Volley

Fait à _____, le ____ / ____ / 20__

Signature du médecin :

Cachet du médecin :

