

Certificat Médical d'aptitude

Je soussigné Dr _____, Docteur en médecine, certifie que
Monsieur/Madame _____, titulaire de la CIN numéro
_____, né le _____, est apte à pratiquer un sport
intense nécessitant de courir, déplacer des objets et déplacer son propre poids de corps.

Certificat établie le _____, à _____

Signature et cachet du Médecin

Certificat Médical d'aptitude

Je soussigné Dr _____, Docteur en médecine, certifie que
Monsieur/Madame _____, titulaire de la CIN numéro
_____, né le _____, est apte à pratiquer un sport
intense nécessitant de courir, déplacer des objets et déplacer son propre poids de corps.

Certificat établie le _____, à _____

Signature et cachet du Médecin