

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION PREALABLE A LA PRATIQUE DU CANOE-KAYAK

Je soussigné(e), Docteur _____

certifie avoir examiné, ce jour :

Madame, Monsieur _____

né(e) le ____ / ____ / ____

et qu'il ou elle ne présente pas de contre-indication médicale pour la ou les pratiques suivantes (1) :

- pratique du canoë-kayak en compétition
- pratique du canoë-kayak en loisir
- pratique du sport en général

Fait à _____

Le ____ / ____ / ____

Signature et cachet du médecin

(1) Rayer la ou les mentions non satisfaites