

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPETITION

Je soussigné, Docteur _____, certifie avoir examiné

_____, né(e) le _____,

membre de l'association sportive EACCD-ASD, et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour,

de signe clinique contre-indiquant la pratique du sport ou de l'athlétisme en compétition.

A _____, le _____

Cachet et signature du médecin