

CERTIFICAT MEDICAL

DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

**PELOTE BASQUE**

Je soussigné(e),

\_\_\_\_\_

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné

Mr/Mme

\_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique de la pelote basque :

**En club, en compétition et dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure à la sienne.**

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres

le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature et Cachet du Médecin