

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE D'UN SPORT MECANIQUE

Je, soussigné(e),

DOCTEUR

Demeurant

Certifie avoir examiné

Mademoiselle, Madame, Monsieur _____

Né (e) le : _____ à _____

Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté à la date de ce jour de signes cliniques apparents contre indiquant la pratique de la **Course de tracteurs tondeuses en amateur.**

Fait à _____ le _____

| | |
|----------|-------------|
| Cachet : | Signature : |
|----------|-------------|