

# 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 :