



CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE À PARTICIPER DE L'AVIRON

Je soussigné(e),

Docteur

Demeurant

Certifie avoir examiné M./Mme Né(e) le

Demeurant

Appartenant à l'association sportive

Et n'avoir pas constaté à ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de l'aviron.

Non contre-indication à la pratique de l'aviron en compétition.

Fait le, à.....

Cachet du Médecin

Signature