

CERTIFICAT MEDICAL

Date de l'examen :

Je soussigné

Certifie avoir examiné ce jour

Nom – Prénom :

Date de naissance :Sexe : Masculin Féminin

Atteste l'absence de CONTRE INDICATION à la pratique du sport TRIAL MOTO en entraînement et en compétition.

Tampon du docteur

Signature