

# 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