

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour.....

Nom :.....

Prénom :.....

Né(e) le :.....

Je certifie que son état de santé ne présente pas de contre-indication à la pratique de la voile

en loisirs

et / ou

en compétition.

Fait le à

Signature et cachet du médecin examinateur.