

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Medical certificate of non contraindication to practice sport

Je soussigné(e), _____
I the undersigned

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné
Doctor of Medicine, certify to have examined

M/Mme _____
Mr/Mrs

Né(e) le _____
Date of birth

Et n'avoir constaté, ce jour, de signe cliniquement décelable contre-indiquant la pratique du
And, today, have not detected any clinical sign to contraindicate the practice of

iaido en compétition

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains
propres le _____
Certificate valid on the request of the interested person and presented in person on

A _____
To

Signature et cachet du médecin
Signature and stamp of Doctor