

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, (a) \_\_\_\_\_ ,

Docteur en médecine, atteste avoir reçu ce jour ma ou mon patient(e), (b) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, âgé(e) de \_\_\_\_\_,

afin de lui délivrer un certificat médical de non contre-indication à sa pratique du Dodgeball.

Nous nous sommes alors entretenus ensemble, j'ai consulté ses antécédents médicaux, fait

éventuellement procéder à des examens complémentaires et effectuer un examen clinique (c) :

J'ai donc pu constater, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant sa  
pratique du Dodgeball en loisirs et en compétition officielle (d).

Certificat établi en mon cabinet médical, pour servir et valoir ce que de droit sur la demande  
de l'intéressé et remis en mains propres, le (e) \_\_\_\_\_,

Signature du médecin.

Cachet du médecin parfaitement lisible et entier.

(a) prénom et nom du médecin.  
(c) description éventuelle des faits.  
(e) date.

(b) prénom, nom et âge au jour de l'examen de la ou du licencié(e).  
(d) rayer si nécessaire.