

CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSCENCE DE CONTRE-INDICATION

Ce certificat peut être établi par le médecin de son choix.

Je soussigné.e. _____

Avoir examiné.e, ce jour :

Mme, M. _____

Né.e le _____

Je certifie qu'il.elle ne présente pas de contre-indication médicale pour la ou les pratiques suivantes :

- à la pratique du sport de pagaie en général
- à la pratique du canoë-kayak et sport de pagaie en loisir
- à la pratique du canoë-kayak et sports de pagaie en compétition

Fait à _____

Le _____

Signature et cachet du médecin

N° RPPS :