

CERTIFICAT MEDICAL

DE NON CONTRE INDICATION A LA COMPETITION SPORTIVE EQUESTRE
ET A L'ENSEIGNEMENT DES ACTIVITES EQUESTRES

Je soussigné (e) Docteur _____

Domicilié _____

CERTIFIE AVOIR EXAMINE

M. ou Mme _____

Né(e) le _____ à _____

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de contre-indication médicale à la Compétition sportive équestre et à l'enseignement des activités équestres.

Observations éventuelles : _____

Fait à : _____ Le _____

Signature et cachet du médecin