



DEFI WIND

2017 MAY 25 TO 28
GRUISSAN SUD DE FRANCE



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e),

Docteur

Demeurant

Certifie avoir examiné,

Mademoiselle Madame Monsieur

Nom, prénom

Né(e) le

Demeurant

et n'avoir pas constaté à la date
de ce jour de signes cliniques
apparents contre-indiquant la pratique
des sports suivants en compétition :

Fait à
Le

Cachet du medecin



Signature du medecin