CERTIFICAT MEDICAL

**NOM, ADRESSE ET CACHET DU MEDECIN**

**Je soussigné, Docteur ……………………………………………………………………**

**Certifie que l’examen de Mr ou Mme :………………………………………...**

**……………………………………………………**

**Date de naissance ………………………………………………………………………**

**Ne révèle pas de contre-indication à la pratique du Stand Up Paddle en compétition**

**Date…………………………………………………**

**Signature…………………………………………….**

Attention, ce certificat médical doit être postérieur au 25 juin 2017.