

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Docteur _____

Exerçant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour Monsieur / Madame :

Né (e) le : ____/____/____ Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la participation au **Raid Paddle « Stand Up for Yoann » du 16 septembre 2017** et à la pratique du Stand Up Paddle de manière générale, y compris en compétition.

Fait à _____, le ____/____/20____

Cachet du médecin

Signature du médecin

NB : Pour le Raid Paddle « Stand up for Yoann » 2017, votre certificat doit être établi après le 15 juin 2017.