

# 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 02 septembre 2018** 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 » 2018, votre certificat doit être établi après le 02 juin 2018.*