

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 dimanche 31 août 2025** et à la pratique du Stand Up Paddle de manière générale, y compris en compétition.

Fait à _____, le ____/____/ 2025

Cachet du médecin

Signature du médecin

NB : Pour le Raid Paddle « Stand up for Yoann » 2025, votre certificat doit être établi avant le 28 août 2025.