

**CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE DU
CANOË KAYAK ET DE SES DISCIPLINES ASSOCIEES**

Je soussigné, Docteur

demeurant

certifie avoir examiné M..... demeurant

.....

appartenant à l'association sportive CKC ROHAN.....

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la
pratique du canoë kayak et de ses disciplines associées en compétition

A le

Signature du médecin