

Lieu,  
date.....

CERTIFICAT SANITAIRE POUR  
ACTIVITÉS SPORTIVES NON COMPÉTITIVES

Par ce document, moi, le médecin soussigné

.....

après avoir examiné

M./Mme.....

Né/Née en ..... (Ville, pays),

le ..... (Date)

Et domicilié ..... (Adresse, pays)

Certifie qu'il n'existe aucune preuve ou maladie congénitale qui empêche la participation à des activités sportives non compétitives.

Ce certificat n'est valable que pour 2023.

Soussigné par.....

*Timbre du Docteur*