

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) .....

Docteur en Médecine,

Certifie avoir examiné ce jour,

Mme - Melle - M. ....

Né(e) le .....à .....

et avoir constaté que l'intéressé(e) ne présente pas de contre-indication **à la pratique et à l'encadrement** du Sport Automobile

Fait à .....,

le .....

**Signature et cachet obligatoire :**