



CERTIFICAT MEDICAL
À PRESENTER À UN MEDECIN

Je soussigné(e) Docteur en médecine

Certifie avoir examiné :

.....

(Nom, Prénom, Date de naissance)

Et atteste n'avoir constaté ce jour aucun signe de contre-indication à la pratique du Pentathlon Moderne en compétition.

Date

Signature et cachet du médecin