

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné Docteur :

Résidant à :

Certifie avoir examiné

M, Mme, Mlle :

Né-e le :

Taille : Poids :

Tension artérielle au repos :

Tension artérielle d'effort :
(30 flexions de 45s)

Fréquence cardiaque au repos :

Fréquence cardiaque d'effort :

Date du dernier vaccin antitétanique

Et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre indication médicale à la pratique de tous les sports

à l'exception de :

Il peut pratiquer en **Compétition** (rayer éventuellement)

Cachet

Date :

