



# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour Mr/Mme .....

Né(e) le ..../..../.....

**Et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique sportive en loisir automobile.**

Fait le ..../..../.....

Signature et cachet du médecin	N° Conseil de l'Ordre (OBLIGATOIRE)