
CERTIFICAT MEDICAL DAPTITUDE

Je soussigné Docteur

Résidant à :

Certifie avoir examiné

M, Mme, Mlle :

Né-e le :

Taille : Poids :

Tension artérielle au repos :

Fréquence cardiaque au repos :

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

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 sports

à l'exception de :

Il peut pratiquer en compétition (rayer éventuellement)

Cachet



Date :

Signature