
Certificat médical

Daté de moins d'un an à la date d'entrée en formation

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE ET À L'ENSEIGNEMENT DU SPORT

Je soussigné(e), _____ Docteur en médecine,

certifie avoir examiné en date du _____

M/Mme/Mlle* _____

Né(e) le _____

et avoir constaté qu'il (/elle) ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique et à l'enseignement du Rugby à XV.

Observations :

Fait à _____, le : _____ / _____ / _____

Cachet du Médecin Signature du Médecin