

MÂCON LUTTE OLYMPIQUE

CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

Je soussigné(e), Docteur

certifie avoir examiné ce jour :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

et **atteste** que son état de santé ne présente pas de contre-indication à la pratique du Wrestling Training.

Fait à :

Le : / /

Signature et cachet du médecin