Je soussigné(e), docteur

Certifie avoir examiné ce jour :

M. Mme

Né(e) le *(jj/mm/aaaa)* :

**et n’avoir décelé aucune contre-indication à la pratique de multisports.**

Date *(jj/mm/aaaa)* :

**Signature et tampon du praticien**

*Obligatoires*