

CERTIFICAT MEDICAL

Pour être valable, ce document doit dater de moins de 4 mois

Je soussigné, Dr., certifie avoir examiné le cavalier désigné ci-dessous et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication à la pratique de l'équitation et des sports équestres.

Le cavalier :

Nom : Prénom :

Le médecin :

N° d'inscription à l'ordre des médecins :

Date :/...../.....

Signature

Cachet du médecin

--