

Certificat médical

Medical certificate

Je soussigné, Docteur:

(I undersigned, Dr)

Demeurant à:

(Living in)

Certifie avoir examiné ce jour M. Mme. Mlle.

(Certify having examined this day Mr. Mrs. Miss)

Né(e) le: ____ / ____ / ____
(Date of birth)

Demeurant à:

(Living in)

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents, contre-indiquant la pratique des sports suivants en compétition: TENNIS

(And not having diagnosed, on this day, any clinical signs restraining the practice of the following sports in competition)

Fait à _____
(Done in)

le ____ / ____ / ____
(Date)

Cachet du médecin
(Doctor's stamp)

Signature du médecin
(Doctor's signature)