

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DU RALLYE DE REGULARITE SPORTIVE**

Je soussigné(e).....

Docteur en médecine,

Demeurant.....

.....

Certifie avoir examiné

Né (e) le

**et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent contre -
indiquant la pratique du rallye de régularité sportive.**

Fait àle

Cachet et signature du médecin