

CERTIFICAT MEDICAL



CENTRE EQUESTRE DE VILLERS-COTTERETS

40 ROUTE DE COMPIEGNE

02600 VILLERS-COTTERETS

NOM :

PRENOM :

NUMERO DE LICENCE :

CERTIFICAT MEDICAL :

Je soussigné, certifie avoir examiné le cavalier désigné ci-contre et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication :

-à la pratique de l'équitation

-à la pratique des sports équestres en compétition

Nom, prénom du médecin :

Numéro d'inscription à l'ordre des médecins :

Date :

Signature :

Cachet obligatoire :