

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU MONOCYCLE EN COMPÉTITION

一輪車競技大会参加のための医療証明書のための医療証明書

(1) Date / 日付 : / /

(2) Adresse / 住所 :

(3) Docteur / 医師 :

(4) Nom du patient / 氏名 :

(5) Date de naissance du patient / 生年月日 :DD/MM/YYYY / / /

Je soussignée, (3) docteur en médecine, certifie avoir examiné (4), né(e) le (5), et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du monocycle en compétition.

Certificat fait à la demande de l'intéressé et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Le (1) à (2)

私 署名医師 (3) は、上記 (4) (生年月日(5)) の検査を行い、本日までに一輪車競技大会参加を禁じられるような明らかな医療上の兆候がなかったことを証明致します。

この証明書は患者自身の要求により、患者に手渡されました。

日付 : (1) DD/MM/YYYY

住所 : (2)

医師 : (3)

Cachet et signature / 署名押印