

CERTIFICAT MEDICAL

Corporate Games Lyon

Je soussigné, Docteur :

Demeurant à :

Certifie avoir examiné ce jour Mr / Mme / Melle : Né (e) le : ____
/ ____ / ____ Demeurant à :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique des sports suivants en compétition (rayer la/les mention(s) éventuellement contre-indiquée(s)) : Tir de biathlon – Beach Volley – Dragon Boat – Football – Golf – Pétanque – Trail – VTT Fait à
_____, le ____ / ____ / 20____ Signature du
médecin: Cachet du médecin: