

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que l'élève :

NOM : Prénom :

.....

Né(e) le.....à.....

N'est atteint(e) d'aucune maladie contagieuse susceptible de nuire à autrui, et qu'il (elle) est apte à la pratique du sport dans le cadre de l'UNSS.

Fait à....., Le.....20...

Signature et cachet du médecin :