

**CERTIFICAT MEDICAL**

Docteur .....

Certifie après examination de :

Nom :..... Prénom :.....

Date de naissance :.....

Ne révèle aucune contre-indication à la pratique du Stand-Up Paddle, Canoe et Kayak en compétition.

Date :.....

Signature et tampon du docteur

**MEDICAL CERTIFICATE**

I hereby doctor .....

Certifies that the examination of :

Name :..... First name :.....

Date of birth :.....

Does not reveal any indication against the practice of Stand-Up Paddle, Canoe and Kayak in competition.

Date :.....

Doctor's signature, Stamp of the doctor (or professional number)