

# Certificat Médical

Je, soussigné Docteur .....

demeurant à : .....

certifie avoir examiné ce jour : M / Mme .....

Né(e) le : .... / .... / .....                      demeurant à : .....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour , de contre-indication à la pratique du Parkour (ou parcours urbain) en loisirs.

Fait à .....                      le : .... / .... / 20....

Signature du Médecin :

Tampon du Médecin :

