FEDERATION FRANCOPHONE DE CANOË
COMITE SPORTIF

CKOA

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné ,docteur en médecine , atteste par la présente que ,

Madame , Mademoiselle , Monsieur , …….

……
Habitant à ……
Rue ……. N° ……
Né à ……Le ……
C'est présenté au contrôle médical à ……. et est apte à pratiquer le canoë – kayak en compétition .
Date :……..

Signature et cachet du médecin