

---

## CERTIFICAT MEDICAL

*Pris en en application des articles L.231-2 et L.231-3 du Code du sport*

---

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_, Docteur en médecine,

certifie que l'examen de M/Mme \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_

ne présente aucune contre-indication à la pratique du Squash :

en loisir

en compétition

---

Certificat établi à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Fait pour faire valoir ce que de droit.

**Signature du Médecin :**

**Cachet du Médecin :**

Ce certificat médical, établi par le médecin de votre choix, doit être délivré suivant la réglementation en vigueur.