
CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE

Je soussigné Docteur :.....

Certifie avoir examiné

M, Mme, Mlle :.....

Né(e) le :.....

Taille :..... Poids :.....

Et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication médicale à la pratique de :

La Poursuite sur terre Automobile et le Kart-Cross

En entrainement et en compétition.

Cachet professionnel

Date :.....

Signature