

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, Docteur en  
Médecine, certifie avoir examiné Mr/Mme yassinepatient Né(e) le 11/11/1111\_ et avoir constaté ce  
pÿjour 2021-12-09 , l absence de signe clinique décelable contre-indiqu  
pÿ pied en compétition. Certificat fait pour servir et valoir ce que de dr  
et remis en mains propres le 11/11/1111 à (ville)