

# CERTIFICAT MEDICAL

Pour être valable ce document doit dater de moins de quatre mois.

Je soussigné, Dr. .... certifie avoir examiné le cavalier  
désigné ci-dessous et n'avoir constaté à ce jour aucune contre indication  
à la pratique de l'**équitation** et des **sports équestres en compétition**.

## Le cavalier :

Nom : .....Prénom.....

Licence : ..... N° Galop : .....Licence compétition Club Amateur.....

## Le médecin

N° d'inscription à l'ordre des médecins :.....

Date : .....

Signature :.....

Cachet du médecin