



**Certificat de non contre indication à la pratique du sport en compétition.**

Je soussigné, ..... docteur en médecine  
atteste par la présente que .....né le .....ne  
présente aucune contre indication à la pratique du powerchair football en compétition pour  
la saison 202.../.....

Certificat établi à .....

Date : ...../...../20.....

Signature du médecin,

Cachet du médecin,