

---

## 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 29004 (3) et Kart-cross 29020 (3)

En entrainement et en compétition.

Cachet professionnel

Date : .....

Signature