

CERTIFICAT MÉDICAL

NOM/PRÉNOM DU LICENCIÉ(E) :

NÉ(E) LE :

--	--	--

Ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique du sport automobile*

Si tel n'est pas le cas cochez l'un des cases correspondantes ci-après :

Présente une contre-indication médicale à la pratique du sport automobile*

Demande l'avis d'un médecin fédéral et transmet la fiche médicale jointe*

Demande un examen ophtalmologique*

*Cochez la case correspondante

DATE :

--	--	--

SIGNATURE & CACHET DU MÉDECIN :

N° CONSEIL DE L'ORDRE :