

FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ÉQUITATION

DELEGATION NATIONALE AUX SPORTS EQUESTRES

Ligue de Picardie



CERTIFICAT MÉDICAL

Je, Soussigné

Docteur

certifie avoir examiné

M.....

et n'avoir constaté à ce jour aucun signe
semblant contre indiquer la pratique de
l'équitation en compétition.

Date :

Signature et cachet
du Médecin