



## MEDICAL CERTIFICATE

Doctor's heading / Entête du médecin

Address / Adresse

Phone / Téléphone

Email / Courriel

I the undersigned,

Je soussigné,

Doctor of medicine, certify that I have examined:

Docteur en médecine, certifie avoir examiné:

Name / Nom

Gender / Sexe

Weight class / Catégorie de poids

Birth date / Date de naissance

Address / Adresse

Phone / Téléphone

And have concluded that this athlete has no apparent contraindication to practice wrestling at a high level / Et ont conclu que cet athlète ne présente pas de contre-indications apparentes à la pratique de la lutte à haute niveau.

Date

Signature / Signature

Stamp / Cachet

