

# Certificat Médical de non contre-indication à la pratique équestre en compétition

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Docteur en médecine exerçant à \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique équestre et apte à la compétition s'il y a lieu.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Signature et Cachet*

---

## Autorisation Parentale

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

demeurant \_\_\_\_\_

déclare demander la validation de la licence sportive de compétition pour l'année 20 \_\_\_\_\_

à la Fédération Française des Sports Équestres,

pour le cavalier \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

dont je suis le représentant légal.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Signature*