



CERTIFICAT MÉDICAL

Émis pour (Lutteur(se)):

Prénom:	_____	Nom:	_____
Catégorie(LL/LF/GR)	_____	Catégorie de Poids:	_____
Province:	_____	Date de naissance:	_____

Je soussigné, Docteur,

Nom (Prénom, Nom): _____

Spécialité médicale: _____

Adresse: _____

Courriel: _____

Certifie que j'ai examiné le lutteur _____.
(jj/mm/aaaa)

Je certifie que ce lutteur n'a aucune contre-indication médicale pour participer au sport de lutte dans les compétitions sanctionnées par Wrestling Canada Lutte à compter de la date d'examen mentionnée ci-dessus. Je certifie que les informations fournies dans ce certificat sont exactes. Ce certificat est fait sur demande par le lutteur mentionné ci-dessus aux fins légales appropriées.

Date, lieu, signature du médecin et cachet:

