



## CERTIFICAT MÉDICAL VALIDE EN 2023

Émis pour (Athlète):

**Nom:** \_\_\_\_\_ **Prénom:** \_\_\_\_\_  
**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 l'Athlète \_\_\_\_\_.  
(jj/mm/aaaa)

Je certifie que cet(te) Athlète n'a aucune contre-indication médicale pour participer au sport de lutte dans les compétitions sanctionnées par Wrestling Canada Lutte (WCL) 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 l'Athlète mentionné ci-dessus aux fins légales appropriées.

**Date, lieu, signature du médecin et cachet:**

