



CERTIFICAT MÉDICAL VALIDE EN 2025

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:

