

**Doctor's heading**  
**Entête du médecin**

TO WHOM IT MAY CONCERN - A *QUI DE DROIT*

**I the undersigned, Doctor**  
**Je, soussigné, Docteur** .....

**Address / Domicilié** .....

.....

.....

**Phone / Téléphone** .....

**Fax** .....

**Email** .....

**Certify that I have examined this day / Certifie avoir examiné ce jour**

**Mr / Mrs** .....

**Wrestling Style / Category**  
**Style de Lutte / Catégorie** ...../.....

**Birth date / Date de naissance** .....

**City / Domicilié** .....

I certify that this wrestler has no apparent contraindication to practice wrestling on a high level.

*Je certifie que ce lutteur ne présente pas de contre-indications apparentes à la pratique de la lutte à haut niveau.*

This certificate is done on request by the above mentioned wrestler for the appropriate legal purposes.

*Certificat fait à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres pour valoir ce que de droit.*

Date

Signature and stamp  
*Signature et cachet*