



UNITED WORLD WRESTLING

2017 ANNUAL MEDICAL CERTIFICATE

Doctor's heading
Entête du médecin

I the undersigned, Doctor
Je, soussigné, Docteur _____

Address / *Domicilié* _____

Country / *Pays* _____

Phone / *Téléphone*
+ 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 _____ Nationalité / *Nationality* _____

City / *Domicilié* _____

Country / *Pays* _____

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* _____