

**CERTIFICAT MEDICAL**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Né le :** .....

**Taille :** ..... **cm**

**Poids :** ..... **kg**

**Age osseux :** .....

**Lieu et date :** .....

**Timbre et signature :** .....

**Annexes :** - rapport de radiologie  
- Rx main gauche (si possible en format digital)