



# UNITED WORLD WRESTLING

## 2016 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* \_\_\_\_\_