

Ministère de la Santé
Collège Médical
90, Bd de la Pétrusse
L-2320 LUXEMBOURG

Fax : 00352 47 56 79

Concerne compétition automobile :

Date de la compétition :

Le médecin soussigné :

Nom - prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Lieu :

Qualification :

Numéro / code médecin :

Hôpital :

Déclare par la présente exercer l'art de guérir lors de la compétition automobile ci-dessus.

SIGNATURE: