



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION**

Je, soussigné(e) Docteur ....., certifie avoir examiné ce jour

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... sexe F  M

et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique sportive

- de compétition
- de loisirs
- pour le(s) activité(s) suivante(s) (cf liste au dos)

.....  
.....  
.....

- remarques restrictives éventuelles

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

J'estime nécessaire une consultation spécialisée en médecine du sport  oui  non

Date de l'examen ..... / ..... / .....

*Signature*