

### 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*