

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 en général** :

de compétition

de loisirs

pour le(s) activité(s) suivante(s) (*Précision facultative sauf activités à risque*)

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

remarques restrictives éventuelles

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

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

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

Signature