

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