

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'avoit 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