

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