



## **CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Certifie que : \_\_\_\_\_

Né(é) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Son état de santé actuel, ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable à la pratique des sports suivants :

\_\_\_\_\_

Son état de santé actuel, ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable à la pratique des sports en compétition suivants :

\_\_\_\_\_

Nombre de cases cochées : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin