

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION
à la PRATIQUE SPORTIVE en COMPETITION**

Je soussigné(e)
Docteur en Médecine, demeurant.....
certifie avoir examiné....., né(e) le.....
et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent **contre-indiquant** la pratique des sports suivants en compétition :

(Rayer seulement les sports contre indiqués)

| | | |
|--|---|--|
| SPORTS Collectifs Basket- Ball Foot-Ball Hand-Ball Rugby Volley-Ball | SPORTS de Plein Air Course d'Orientation Planche à voile Voile Ski Alpin Escalade | Autres SPORTS INDIVIDUELS Athlétisme Cross Cyclisme, VTT Natation |
| SPORTS d'Expression Danse Gymnastique Gymnastique Rytmique | SPORTS de Raquette Badminton Tennis Tennis de table | SPORTS DE Combat Escrime Judo |

Fait à, le

Cachet et signature du médecin