

CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE

Je, soussigné (e)....., docteur en médecine,

certifie avoir examiné....., né(e) le.....

et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique des sports suivants :

(rayer seulement les sports contre-indiqués)

SPORTS COLLECTIFS	SPORTS EN PLEIN AIR	AUTRES SPORTS INDIVIDUELS
Basket-ball	Course d'orientation	Athlétisme
Football	Golf	Triathlon
Hand-Ball	Planche à voile	Cross
Rugby	Voile	Cyclisme, VTT
Volley-Ball	Ski alpin	Natation
	Ski nordique	
SPORTS D'EXPRESSION	SPORTS DUELS	SPORTS DE RAQUETTE
Danse	Escrime	Badminton
Gymnastique artistique	Judo	Tennis
Gymnastique rythmique		Tennis de table

AUTRES (à préciser) :.....

FAIT à....., le.....

Cachet du médecin

Signature du médecin