

---

## **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, y compris en compétition.

avoir constaté une inaptitude partielle. Précisez (activités, types d'efforts, mouvements...) :

.....  
.....

avoir constaté une inaptitude totale à pratique de l'EPS

Fait à....., le.....

Cachet et signature du médecin