

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné ce jour,

NOM – PRENOM :

Date de Naissance :/...../..... Sexe : Masculin Féminin

Et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique sportive :

De loisir et / ou **De compétition**

Pour tous les Sports

Uniquement pour l'(es) activité suivante(s)

.....

Avis du médecin

Tampon du médecin
OBLIGATOIRE

Date de l'examen :

Signature: