

**Unité d'Enseignement et de Formation
des Activités Physiques et Sportives**

**CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DES SPORTS**

Je soussigné, _____, Docteur en Médecine,
Après avoir examiné ce jour :

Melle ou Mr.....

Né (e) le/...../.....

Certifie que son état de santé actuel ne présente pas de contre-indication
à la pratique des activités sportives collectives et individuelles pratiquées
à l'UEFAPS, excepté éventuellement :

-
-
-

Fait à, le.....

Signature & Cachet

PS : Le Parachutisme, les Sports subaquatiques et les Sports de combats exigent
des examens spécialisés complémentaires (neurologie, ORL et Ophtalmologiques)

**Unité d'Enseignement et de Formation
des Activités Physiques et Sportives**

**CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DES SPORTS**

Je soussigné, _____, Docteur en Médecine,
Après avoir examiné ce jour :

Melle ou Mr.....

Né (e) le/...../.....

Certifie que son état de santé actuel ne présente pas de contre-indication
à la pratique des activités sportives collectives et individuelles pratiquées
à l'UEFAPS, excepté éventuellement :

-
-
-

Fait à, le.....

Signature & Cachet

PS : Le Parachutisme, les Sports subaquatiques et Sports de combats exigent
des examens spécialisés complémentaires (neurologie, ORL et Ophtalmologiques)