

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT EN COMPETITION

Je soussigné(e)

Docteur en médecine,

après avoir examiné ce jour

Melle ou M

né(e) le /...../...../...../

Certifie que son état de santé actuel ne présente pas de contre-indication à la pratique du sport en compétition hormis dans celui ou ceux rayé(s) ci-dessous.

Aérobic
Athlétisme
Aviron
Badminton
Boxe éducative
Bridge
Canoë-kayak
Course d'orientation
Cross-country
Cyclisme - VTT
Danse
Echecs
Equitation
Escalade

Escrime
Golf
Gymnastique Art.
Gymnastique R.
Halté-Force
Handisports
Judo
Jujitsu
Karaté
Karting
Lutte
Natation
Pelote basque
Sambo

Savate Boxe F.
Ski alpin
Ski de fond
Surf
Snowboard
Squash
Sports de contact
Taekwondo
Teamgym
Tennis
Tennis de table
Tir
Tir à l'arc
Trampoline
Triathlon
Ultimate

Voile
Planche à Voile
Raid Nature
Roller hockey
Run and Bike

Basket-ball
Base ball
Beach-volley
Football
Football Américain
Futsal
Handball
Hockey
Polo
Rugby
Rugby à 7
Soft ball
Volley-ball
Water-polo

Date :

Signature et Cachet