
CERTIFICAT MEDICAL

**DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE
SPORTIVE**

Je
soussigné (e).....
.....

Docteur en Médecine certifié avoir
examiné.....
.....
.....

Né (e) le
.....

Et n’ avoir constaté à ce jour, aucune contre-indication
clinique à la pratique des activités sportives suivantes :
.....
.....
.....
.....

(Badminton, Step, Musculation, Danse, Cirque, Escalade,
Natation, Voile, Surf, Foot ball, Volley Ball, Basket Ball,
Hand Ball, Rugby, Athlétisme...)

Fait à, le

CACHET et SIGNATURE du Médecin

