

CERTIFICAT MEDICAL

*Je soussigné, Docteur
certifie avoir examiné ce jour,*

Nom

Date de naissance

Prénom

Sexe : Masculin

Féminin

et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE - INDICATION

à la pratique sportive

de *COMPETITION*

d'*entraînement et d' ENTRETIEN*

pour *TOUS SPORTS*

uniquement pour UNE ou plusieurs activités

avec SIMPLE SURCLASSEMENT' pratiqué dans l'année d'âge immédiatement supérieure

Avis du médecin

nécessite une Consultation Spécialisée en Médecine du Sport :

OUI

pour un BILAN Complémentaire

NON

pour des conseils et un suivi spécialisés

Tampon du médecin

Date de l'Examen

Signature