

CERTIFICAT MÉDICAL

DE NON-CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE D'ÉPREUVES SPORTIVES EN COMPÉTITION

Je, soussigné(e)

Docteur en médecine, demeurant.....

Certifie avoir examiné.....

Né(e) le.....

SELON EXAMEN DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE MON PATIENT À CE JOUR, JE N'ÉMETS AUCUNE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DES SPORTS SUIVANTS EN COMPÉTITION (BARRER LA OU LES ÉPREUVES CONTRE-INDIQUÉES).

Basketball 3x3
Cross
Duathlon Nocturne
Football
Golf (Licence obligatoire)
Handball
Squash
Tennis
Trail
VTT

Fait à :, le

Cachet + Signature du médecin :



Sophia Club Entreprises présente Les Jeux de Sophia

Association Loi 1901 – S/s Préfecture A-M 19.05.1989 - Siret 481 448 090 00029